

# Att bemästra det onda

## - en litteraturstudie om fibromyalgipatienters copingstrategier vid kronisk smärta med stöd från sjuksköterskan

FÖRFATTARE	Isabelle Agrér Frida Lundmark
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet Examensarbete i omvårdnad HT 2010
OMFATTNING	15 hp
HANDLEDARE	Lena Björck
EXAMINATOR	Margaretha Jerlock

Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa

Sahlgrenska akademien



## **FÖRORD**

Vi vill rikta ett stort tack till vår handledare Lena Björck för all tid, allt engagemang och den hjälp vi fått att vidareutveckla våra tankar genom många värdefulla synpunkter.

Titel (svensk):	Att bemästra det onda – en litteraturstudie om fibromyalgipatienters copingstrategier vid kronisk smärta med stöd från sjuksköterskan
Titel (engelsk):	To overcome the pain- a literature study about fibromyalgia patients' coping strategies for chronic pain with support from the nurse
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp, OM5250, Examensarbete i omvårdnad
Arbetets omfattning:	15 hp
Sidantal:	27 sidor
Författare:	Isabelle Agrér och Frida Lundmark
Handledare:	Lena Björck
Examinator:	Margaretha Jerlock

---

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** I början av århundradet ansågs smärta vara relaterad till kroppsliga orsaker. Smärta utan kroppslig skada betraktades som psykisk sjukdom. Oklar kronisk smärta delades in i två olika grupper utifrån den psykoanalytiska synen och den strikt organiska synen. Fibromyalgisyndrom (FMS) är ett svårdiagnostiserat tillstånd eftersom de flesta symtomen är subjektiva. Prevalensen av FMS är drygt 3 % bland kvinnor och 0,5 % bland män. Debuten för sjukdomen kan ske i alla åldrar men är vanligast i åldern då man är mest yrkesverksam. Individer med FMS har generellt sämre copingförmåga, mer depressioner och lägre livskvalitet än generella populationen. De har även lägre copingeffektivitet än individer med enbart kronisk smärta. **Syfte:** Syftet med denna litteraturstudie är att belysa fibromyalgipatienters copingstrategier vid kronisk smärta och hur sjuksköterskan kan stödja patienten i den nya livssituationen. **Metod:** Studien är en litteraturstudie som innehåller både kvalitativa och kvantitativa artiklar. Artiklarna analyserades med innehållsanalys utifrån Burnard men även med inspiration från Granheim och Lundman. I referensramen används Patricia Benner och Judith Wrubels omvårdnadsteori. **Resultat:** Resultatet utgår från de fyra egenskaperna som Benner och Wrubel anser karakteriserar människan och som speglar sambandet mellan personen och sammanhanget: att vara placerad i en situation (encounter situation), kroppslig kunskap (embodied knowledge), bakgrundförståelse (meaning of being) och speciella intressen (concerns). Resultatet beskriver sjuksköterskans stöd till FMS-patienter med kronisk smärta och deras egna copingstrategier. Individer med FMS upplever att det är en svårt att få en diagnos. Detta resulterar i att de känner sig misstrodda och upplever att de får för lite stöd från sjukvården. **Diskussion:** För att patienterna skall kunna hantera sjukdomen är det viktigt att de får ett namn på symtomen. Samtidigt är det viktigt att de har kunskap om sjukdomen samt får det stöd som är nödvändigt för att kunna hantera den förändrade livssituationen.

**Nyckelord:** Fibromyalgi, kronisk smärta, coping, copingstrategier, stöd, litteraturstudie.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING .....	1
BAKGRUND .....	1
SMÄRTA.....	1
Synsätt på kronisk smärta .....	1
Definition av smärta.....	2
Den kroniska smärtans kroppsliga påverkan .....	2
Olika typer av kronisk smärta .....	2
FIBROMYALGI .....	3
Historik .....	3
Fibromyalgisyndrom.....	3
Diagnostisering .....	4
Prevalens och genetisk påverkan .....	5
Symtom .....	5
Externa faktorer.....	5
Copingförmåga hos patienter med fibromyalgi .....	6
Mötet med vården .....	6
COPING .....	6
Copingstrategier .....	7
Copingmetoder.....	7
OMVÅRDNADSPROBLEM .....	8
OMVÅRDNAD .....	9
PROBLEMFORMULERING .....	9
SYFTE.....	9
TEORETISK REFERENSRAM .....	9
METOD.....	11
SÖKMETODER .....	11
URVAL .....	12
Inklusionskriterier .....	12
Exklusionskriterier .....	12
ANALYSMETOD .....	14
RESULTAT .....	15
ATT VARA PLACERAD I EN SITUATION (ENCOUNTER SITUATION).....	15

KROPPSLIG KUNSKAP (EMBODIED KNOWLEDGE) .....	16
BAKGRUNDFÖRSTÅELSE (MEANING OF BEING).....	18
SPECIELLA INTRESSEN (CONCERNS).....	19
METODDISKUSSION .....	20
RESULTATDISKUSSION.....	21
REFERENSER.....	25
BILAGA 1	

## **INLEDNING**

Fibromyalgisyndrom (FMS) är ett sjukdomstillstånd som vi i begränsad omfattning kommit i kontakt med under sjuksköterskeutbildningen och då som odefinierad smärta. Detta gjorde att vi fick ett ökat intresse om vad det egentligen innebär att leva med FMS och hur det påverkar individens liv. Det är individuellt hur externa och interna faktorer spelar in i individens hantering av olika situationer. Det i sin tur fick oss att vilja undersöka hur personer med FMS hanterar den kroniska smärtan och vad vi som sjuksköterskor kan göra för att stödja dem i den nya livssituationen. Vi började fördjupa oss i detta och letade svar på våra frågor och funderingar vilket resulterade i denna litteraturstudie.

## **BAKGRUND**

### **SMÄRTA**

#### **Synsätt på kronisk smärta**

Ur ett historiskt perspektiv har det skett en förändring i uppfattningen kring kronisk smärta. I början av århundradet var smärta orienterad till kroppsliga orsaker och smärta utan kroppslig skada betraktades som psykisk sjukdom. Den oklara kroniska smärtan delades in i två olika grupper utifrån den psykoanalytiska synen och den strikt organiska synen [1]. Enligt den psykoanalytiska synen ansåg man att orsaken till den upplevda smärta, kunde förklaras av vissa underliggande psykiska faktorer från barndomen. Smärta som debuterade senare i livet ansåg man var ens egna straff då man som barn uppfattat sig otillräcklig på grund av bristen på känslomässig kontakt med föräldrarna [1].

På 1950-talet förändrades synen på kronisk smärta, genom en förståelse av att upplevelsen av kronisk smärta och den kroppsliga påverkan inte behövde hänga ihop. Somatiska förklaringsmodeller kunde inte ange orsaken till den kroniska smärtan. Åren 1940-1960 studerades, enligt den psykoanalytiska synen, individens personlighet och erfarenheter från barndomen och framåt i tiden för att ta reda på orsaken till den kroniska smärtan. Traumatiska upplevelser från barndomen sågs kunna vara en anledning till upplevelsen av kronisk smärta i vuxen ålder. Enligt en psykofysiologisk ansats kan de olika fysiologiska förändringarna och olika psykiska tillstånd ha ett samband med upplevelsen av smärtan. Inom sjukvården fokuseras det idag mycket på de fysiologiska orsakerna till varför en patient lider av kronisk smärta. Det är viktigt för sjukvårdspersonalen att förstå att smärtupplevelsen även påverkas av psykiska faktorer [1].

Forskning har visat att smärta kan förklaras av flera orsaker, ett multifaktoriellt synsätt. Detta synsätt ger en ökad förståelse för orsaker till kronisk smärta beroende på erfarenheter av traumatiska upplevelser, kön, ålder, genetiska faktorer och social bakgrund. Nedstämdhet, ökad stressnivå och trötthet utöver det vanliga kan vara andra orsaker som påverkar den kroniska smärtan. Den kroniska smärtan kan leda till sömnsvårigheter, irritation, nedsatt sexuell förmåga och missnöje med livet [1].

## Definition av smärta

Kronisk smärta kan delas in i olika undergrupper beroende på orsaken till smärtan. Dessa undergrupper kan vara inre organiska fel, yttre händelser, inre neurologiska skador, psykiska och sociala faktorer. Det går ibland inte helt att förklara anledningen till smärtupplevelsen [1]. Enligt The International Association for the Study of Pain (IASP) definieras smärta som en obehaglig, sensorisk och emotionell upplevelse i samband med faktisk eller potentiell vävnadsskada, eller beskriven i termer av sådan skada [2].

## Den kroniska smärtans kroppsliga påverkan

En direkt eller akut smärta är en överlevnadsmekanism och fungerar som en skyddsfunktion [3]. Att känna smärta innebär att kroppen signalerar något som är skadligt. Muskler i kroppen får en ökad spänning och i smärtnervtrådarna sker elektriska impulser i serier vilket leder till upplevelsen av smärta. Kronisk smärta är svårare att förstå då smärtans orsak är oklar. I djurriket är det mest troligt att djur med kronisk smärta inte skulle överleva en längre tid, då smärtan försvårar för djuren att komma undan fiender och att införskaffa mat. Människan däremot klarar av den kroniska smärtan bättre då andra individer kan tillgodose de livsnödvändiga behoven. Smärta kan innebära nedsatt kroppsfunction på grund av en sjukdom eller en skada. När individen lever i en fullt fungerande social miljö är upplevelsen av smärtan oftast mer besvärlig än den nedsatta kroppsfunctionen. Om en smärta inte försvinner och blir kronisk påverkas hela livssituationen och kan på olika sätt ge uttryck i kroppen. Även känslolivet påverkas av smärtan och kan ta sig uttryck i form av aggressivitet, oro och trötthet. Upplevelsen av smärta är individuell och går inte att jämföra med andras upplevelser. Hur upplevelsen av smärta tar sig uttryck är olika för varje enskild individ [3].

## Olika typer av kronisk smärta

Smärta kräver olika behandlingar beroende på bakomliggande orsak. För att få en förståelse för orsaken och att kunna behandla smärtan på rätt sätt krävs en smärtanalys. Analysen visar varför man upplever smärta, vilken sjukdom som ligger bakom symtomet och vilken prognos sjukdomen har, detta är en viktig kunskap för att patienten ska få rätt behandling. Den kroppsupplevda smärtan kan delas in i akut smärta och kronisk smärta vilket i sin tur delas in i olika grupper beroende på orsaken till smärtan [4].

- **Nociceptiv smärta:** Uppkommer vid skada och är en av de vanligaste typerna av smärta. Nociceptorer (smärtnervändrar) sänder ut smärtimpulser till smärtnervtrådar då de retas av olika kemiska processer i den skadade vävnaden. Därefter sänds dessa impulser vidare ut i ryggmärgens banor som för dem vidare upp till hjärnan där upplevelsen av smärta bildas [3]. Den nociceptiva smärtan kan ses som ett fysiologiskt svar vid hotande vävnadsskada, då fungerar NSAID, paracetamol eller opioider oftast bäst som smärtlindring [4].
- **Visceral smärta:** Liknar den nociceptiva smärtan, men den visceral smärtan associeras med fenomenet "referred pain", smärta som upplevs från en annan del av kroppen än smärtområdet. "Referred pain" är den smärtan som upplevs när den strålar ut i vänster sida av halsen eller vänster arm i samband med smärta från hjärtat (angina pectoris). Det finns olika teorier som försöker förklara "referred pain" men orsaken är inte helt klarlagd. Den autonoma överaktiviteten

en människa kan uppleva, som till exempel blodtrycksstegring, illamående och svettning är även associerat med den visceral smärtan [4].

- **Neurogen smärta:** Uppkommer då nervsystemet drabbas av en skada eller förändring [3]. Känsligheten på platsen kan öka då skadan leder till en förändring som är inflammatorisk. Smärta uppstår i samband med en spontan aktivitet i den skadade nerven. I vissa fall sker förändringar av känseln och ett känselbortfall kan upplevas, vilket är karaktäristiskt för den neurogena smärtan. Vid lätt beröring trots känslan av att vara bedövad på det berörda området kan smärta upplevas. Ett exempel på neurogen smärta är en fantomsmärta efter amputation. Den neurogena smärtan svarar dåligt på analgetika och anses vara svårbehandlad [4].
- **Idiopatisk smärta:** Innebär att man inte vet varför man upplever smärta eller vad det är som orsakar den [3]. För att kategoriseras under den idiopatiska smärtan är det viktigt att utesluta andra orsaker till smärtan. Den idiopatiska smärtan karaktäriseras av att de bakomliggande orsakerna till smärtan inte kan identifieras eller att smärtans intensitet inte står i proportion till bakomliggande orsak [4].
- **Kroniskt smärtsyndrom:** Individerna kan ha en störd dygnsrytm, trötthet, fysisk och social inaktivitet. De har ofta identifierat sig med rollen som sjuk vilket styr individens liv och det påverkar även deras anhöriga. Individer med långvarig kronisk smärta söker sig till olika instanser inom sjukvården eftersom de inte får den hjälp de behöver. Patienterna vill bli behandlade för sin smärta vilket leder till överbehandling, både farmakologiskt och kirurgiskt [4].

## FIBROMYALGI

*“It feels as if the muscles are tense the whole time, just struggling to get loose from the grip of something. But it doesn’t work . . . yes, it’s aching, like a toothache, about the same as if you had burned your fingertips on the hotplate or something, although it’s in the middle of the muscles instead the fingertips”*  
[5 s 579].

## Historik

Trots att det redan år 1736 skrevs i medicinsk litteratur om muskelsmärta som begränsar aktivitet och som inte har någon fysisk orsak, dröjde det till år 1981 innan den första officiella benämningen övergick till att vara fibrositis [6]. Innan dess använde sig sjukvården av förnedrande beteckningar som sveda- värk- bränner-kärring (SVBK), kärringvärk, kärringsjuka eller klimakteriekärring [7]. År 1990 fastställde American College of Rheumatology kriterierna för syndromet fibromyalgi, då uteslöts även inflammation som diagnoskriterium [6].

## Fibromyalgisyndrom

Professioner inom vård och forskning har haft svårt att enas om ett namn till dagens fibromyalgi. Ordagrant betyder fibromyalgi smärta i muskelfibrerna. Detta är en benämning som inte stämmer då orsaken till sjukdomen i dagsläget är okänt [8]. Fibromyalgi är ett smärtsyndrom av okänd etiologi som inte ger någon långsiktig skada på kroppens organ utan inflammatorisk orsak [6]. I dag kallas fibromyalgi för fibromyalgisyndrom (FMS) [7]. Syndrom är en samling av olika tecken och symtom



på sjukdom. Individer med FMS kan uppleva smärta i muskler, fibrösa vävnader, senor och ligament [7].

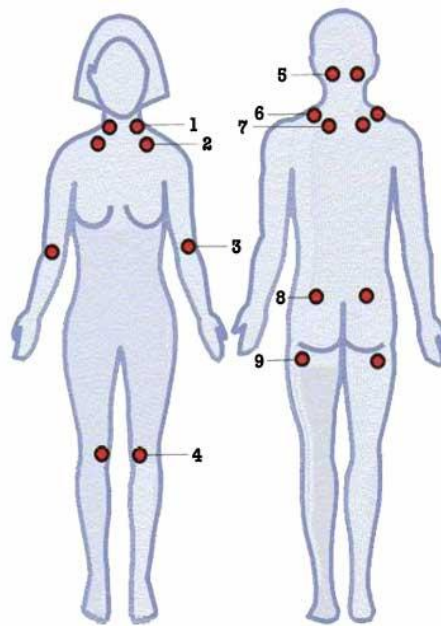
### **Diagnostisering**

FMS är svårt att diagnostisera, bland annat för att de flesta symtomen är subjektiva. Det finns inga objektiva mätningar så som prover, röntgenbilder eller blodprover som kan stödja FMS som diagnos. Upplevelsen av symtomen är individuella och varierar från dag till dag i intensitet. Detta leder till att alla dagarna ser olika ut och det blir då svårt att ställa diagnosen FMS [6, 9].

Tidigare var kriterierna och kraven för diagnosen FMS mindre strikta. Det krävdes att patienten hade minst fyra olika symtom, varav ett var smärtande punkter på kroppen. Andra symtom kunde vara stelhet, domningar, sömnstörningar, orolig mage eller en bristande fysisk förmåga. Detta ledde till att diagnosen FMS ställdes på alla patienter med de symtomen, även de patienter som egentligen hade andra diagnoser [7]. Differentialdiagnoser till FMS är polymyosit, polymyalgia reumatika, hyper- och hypotyreaos, B12- och folsyrabrist och inflammatorisk reumatisk sjukdom, vilka alla kan påvisas med hjälp av labprover. Kroniskt trötthetssyndrom är också en differentialdiagnos till FMS vilket inte kan påvisas genom labprov [10]. Det tar i genomsnitt fem år att diagnostisera FMS då man måste utesluta många andra möjliga sjukdomar, samtidigt som FMS inte är en uteslutningsdiagnos [6, 10]. För att kunna diagnostiseras med FMS enligt kriterierna från American College of Rheumatology måste patienten [11]:

- uttrycka smärta på både vänster och höger sida av kroppen och även i övre och nedre extremiteter.
- smärtan måste också varit ihållande i minst tre månader.
- vid klinisk undersökning skall det finnas minst elva av arton utsatta områden på kroppen som smärtar vid ett tryck på  $4 \text{ kg/cm}^2$  så kallade "tender points".

"Tender points" är områden som smärtar och kan finnas i muskulatur, leder eller skelett. De nämnda områdena kan patienten själv hitta och de är avgörande för diagnostiseringen, se Figur 1 [6]. Det finns även något som kallas för "trigger points". Det är muskelområden som är smärtsamma vid palpation men som patienten oftast inte själv lagt märke till förrän den som undersöker påvisar dessa [6].



**Figur 1.**

De röda punkterna på bilden visar ”tender points”, smärtande områden som kan finnas i muskulatur, leder och skelett.

<http://www.allknowledgeonline.com/img/image002.jpg> 2010-10-11

### **Prevalens och genetisk påverkan**

Prevalensen av FMS är drygt 3 % bland kvinnor och 0,5 % bland män, men procentandelen kan skifta beroende på hur man definierar generell kronisk smärta [10]. Debuten för sjukdomen kan ske när som helst, men är vanligast i yrkesverksam ålder [7, 10]. FMS drabbar främst kvinnor i yngre medelåldern [6, 7, 12, 13]. Förekomsten ökar med åldern och i 40-års ålder är prevalensen 3,4 % för kvinnor och vid 70- års ålder 7,4 % [10]. Sjukdomen finns inom alla socioekonomiska klasser, i de flesta länder, etniska grupper och i de flesta klimat [6]. Flera studier visar att genetiska samband kan finnas då förekomsten av FMS är högre i vissa familjer [6, 10, 13].

### **Symtom**

FMS förekommer som enskild sjukdom eller i kombination med andra sjukdomar. Det finns en ökad förekomst vid bland annat ledgångsreumatism, systemisk lupus erythematosus och Sjögrens syndrom. Symtomen vid FMS kan delas upp i två huvudgrupper: Primära symtom som smärta, allodyn, stelhet, minskad muskelstyrka och ökad muskulär trötthet. Sekundära symtom som uppkommer till följd av den kroniska smärtan är sömnrubbing, trötthet och minnessvårigheter. Övriga och ospecifika symtom som patienter med FMS kan uppleva är stickningar i händer, huvudvärk, colon irritabile, ångslan och oro [10]. Det mest dominerande symtomet är dock den starka smärtupplevelsen [7]. Intensiteten varierar från dag till dag och beskrivs molande, brännande och stickande. Smärtan lokaliseras ofta till armar, ben, rygg och nack- skulder gördeln [10].

### **Externa faktorer**

Individer med FMS reagerar olika på externa faktorer. Generellt är stress, tungt fysiskt arbete och oro faktorer som gör att en person med FMS påverkas negativt. Det är därför viktigt att personer med FMS arbetar i begränsad omfattning och varvar

detta med vila. Det är även viktigt att vara i en miljö som känns lugn och avslappnad [5]. Personer med FMS påverkas negativt av kyligt och fuktigt klimat eller snabba temperaturskillnader då symtomen förvärras [5, 6]. Under eller efter kraftig muskelansträngning och vid kyla ökar ofta smärtan hos FMS-patienter men den kan minska vid måttlig aktivitet och värme [10]. Det är svårt att förstå känslan av FMS, men för att få en uppfattning av vad sjukdomen innebär kan en jämförelse göras med en ordentlig trötthet och muskelsmärta efter lång tids influensa. Det bedrivs idag mycket forskning på orsakerna till FMS. En norsk undersökning visar att smärttillståndet kan börja lokalt till exempel en obehandlad nacksmärta, som till slut leder till att värken blir kroniskt [7]. Andra utlösande faktorer kan vara ångest, fysisk eller psykisk överansträngning, dålig sömn, dåliga matvanor eller inaktivitet under längre tid [6]. FMS kan också utlösas av positiva händelser i livet [13]. Det finns faktorer som anses skyddande, som en god livsstil med måttlig motion och att leva i varmt och torrt klimat [6].

### **Copingförmåga hos patienter med fibromyalgi**

Individer med FMS har generellt sämre copingförmåga, mer depressioner och lägre livskvalitet än generella populationen. De har även lägre copingeffektivitet än individer med enbart kronisk smärta och en försämring av den dagliga smärtan är kopplad till ökade copingsvårigheter. Individerna med intensiv smärta har svårare att hantera andra symptom kring sjukdomen, samtidigt som osäkerheten kring sjukdomen inte har direkt påverkan på copingförmågan. Det är därför viktigt att förstå hur individen påverkas av osäkerhet som är kopplat till FMS, den kroniska smärtan och hur det påverkar copingförmågan [14].

### **Mötet med vården**

I en studie gjord i det svenska vårdssystemet beskrivs män som söker hjälp vid flertal tillfällen för bland annat smärta och hur de upplever brist i kontinuitet och förståelse. Istället för att få en ordentlig utredning och eventuellt en diagnos får de istället medicin för de olika symtomen vilket ger dem fler biverkningar än symptomlindring. Männen upplever att de inte blir tagna på allvar och att de är ointressanta patienter för vården [15]. Det finns liknande resultat bland kvinnor där de upplever en negativ inställning, bristande förståelse från vården och att de inte blir tagna på allvar [5].

*“It was nice [to get the diagnosis FM] because previously it was like go home and take a pain killer and rest, what is this nonsense, in the end you don’t go to the physician. . . you feel as if you are suffering from an imaginary complaint”*  
[5 s 581].

Enligt de flesta experter är FMS en kronisk sjukdom och inte botbar med dagens behandlingsmetoder. Dock finns det mycket som kan göras för att lindra symtomen och förbättra livskvaliteten [10].

### **COPING**

När en människa insjuknar eller skadas kan detta innebära en stor livsförändring och då är det viktigt att lära sig hantera den nya situationen. Enligt Brattberg handlar coping om att ha förmågan att hantera psykologisk stress. Begreppet ”cope” innebär med andra ord klara av, stå pall, gå iland med eller bemästra. Brattberg menar att begreppet copingförmåga är förmågan att leva med en osäkerhet, osäkerhet och oro [16]. De yttre kraven från samhället och individens egna inre krav kan ibland innebära att stå inför en rad olika konflikter som individen behöver lära sig att

hantera på bästa sätt. För att lära sig att minska, klara av eller tolerera de yttre och de inre kraven krävs en stor ansträngning och mycket kraft. Detta är vad coping innefattar. Att ha en bra copingförmåga innebär att lära sig att behärska situationen som den är. En persons copingförmåga är det som bestämmer hur begränsad en person blir vid en skada, överbelastning eller sjukdom. En lyckad copingprocess innebär att individen i framtiden kan lösa och motstå olika kriser i livet genom att få en ökad självtillit. Psykologiska problem och ett lidande som aldrig tar slut, kan orsakas av nedsatta copingresurser. Aktiv coping innebär att använda sig av ett konstruktivt tänkande där beteendet är verklighetsanpassat, framåtriktat, flexibelt och ändamålsenligt. Genom detta beteende klarar individen medvetet av att hantera den påfrestande livssituationen genom att bemästra, bemöta och anpassa sig till stress. Passiv coping innebär däremot att individen är omedveten om de processer som sker [16].

När en människa möter en svår situation som aldrig tidigare uppstått i livet och lär sig att bemästra situationen har människan en god copingförmåga. Redan från barndomen utvecklas en grundläggande copingförmåga och de egna tankarna är det som påverkar copingförmågan. Ett negativt tankesätt bidrar till en negativ attityd till sig själv och det visar sig i de svåra situationerna som individen möter eller i ens omgivning. En människas copingresurser delas in i inre och yttre resurser. Positivt för de inre resurserna är känsla av sammanhang, självkänsla, tillit, problemlösningsförmåga, energi, att känna hopp och personlig kontroll. Negativa inre resurser är ångest, låg självkänsla, pessimism samt känslor av hopplöshet. De yttre resurserna kan vara det sociala nätverket, ekonomin, materiella resurser och tillgång till tid [16].

### **Copingstrategier**

Det kan vara en utmaning att anpassa sig, hantera eller lösa olika hälsoproblem som individen möter i livet. En copingmetod kan förklaras som ett planmässigt tillvägagångssätt. En copingstrategi är ett tillvägagångssätt som är mer övergripande och långsiktigt, och som är uppbyggt av flera copingmetoder. Olika copingstrategier passar till olika situationer och därför kan inte samma strategi användas i alla situationer som uppstår. Detta innebär att när en svår situation dyker upp i livet finns det ett antal åtgärder som en person kan vidta för att kunna hantera, förändra situationen eller själva uppfattningen om situationen [16].

Enligt Brattberg är copingstrategier att förneka, undvika och möta svårigheter, undvika svårigheter, möta svårigheter, ta kontroll över sig själv, söka socialt stöd, ta ansvar, planera hur problem ska lösas, tolka situationen positivt, acceptera situationen och gå vidare i livet [16].

### **Copingmetoder**

Några copingmetoder enligt Brattberg är:

- **Mötandecoping/undvikandecoping:** Innebär att möta eller undvika situationen. Resultatet av att använda sig av mötandecoping innebär många gånger ett bättre välbefinnande, mindre stress och minskade symtom. Kognitivt undvikande av en situation eller att ha känslomässig urladdning kan resultera i ett sämre psykosocialt välbefinnande [16].

- **Medveten närvaro (mindfulness):** Medvetet riktas uppmärksamheten på det som händer i varje stund. Mindfulness är ett förhållningssätt som kan liknas vid meditation och som med fördel kan användas i en tid där det ofta sker förändringar eller då individen råkat ut för en skada/sjukdom som har gett ett livslångt lidande [16].
- **Emotionellt skrivande:** Att skriva ner sin situation för att komma vidare i sin individuella utveckling. Upplevelserna beskrivs i text vilket kan ge en ökad självkännet och ett vidare perspektiv. Emotionellt skrivande gör det lättare att lämna svåra upplevelser bakom sig och gå vidare i livet [16].
- **Förlåtelse:** Alla människor behöver och vill bli accepterade. Det är viktigt att acceptera sig själv för att bli accepterad av andra människor i omgivningen. Förlåtelse innebär att hantera sina skuldkänslor. Enligt Brattberg är förlåtelse en viljestyrd process där individen medvetet avbryter ett destruktivt tänkande som hindrar dem från att leva fullt ut [16].
- **Försoning:** När individen inte kan lära sig att förlåta är det bra att hantera situationen genom att försöka försonas. Enligt Brattberg har en försonad människa goda relationer till andra människor och till sig själv. Det är en bra metod för att bli kvitt sina skamkänslor [16].

## OMVÅRDNADSPROBLEM

Ovisshet är ett underliggande problem hos dem som diagnostiserats med FMS och andra kroniska sjukdomar. Främst hos dem med sjukdomar som inte har någon känd organisk påverkan, vilket gör det svårt för vården att behandla och att hantera för patienten. När ovissheten är hög resulterar det ofta till fler kontakter med sjukvården, ökad stress, mindre hoppfullhet, känslomässig smärta och humörstörningar [14]. Sjukvården fokuserar främst på de fysiska men också en stor del på de psykiska orsakerna till varför patienten upplever smärta [16]. De existentiella och sociala komponenterna ligger det mindre fokus på vilket innebär att man antingen är sjuk eller frisk [16]. Patienten och personalen kan ha skilda upplevelser av situationen då patienten känner att personalen misstror motivet till besöket. Uppfattningen patienten har är att personalen inte tror att de vill göra någonting åt sin situation [9].

En person som upplever kronisk smärta under en lång tid kan uppleva det som frustrerande att inte få tillräckligt med stöd för att lära sig hantera symtomen. Ofta möts patienter med kronisk smärta av personal som är välutbildade inom sitt område. Personalen gör sitt yttersta för att hjälpa patienten, men fokuserar ibland på fel saker. Det kan i sin tur leda till en situation där många patienter känner sig missförstådda, kränkta, arga och avvisade på grund av ett felaktigt bemötande från sjukvården [16]. De söker sig till vården med förhoppningen om att bli botade och vill gå därifrån med en diagnos [9, 16]. När ingen orsak hittats är det vanligaste beskedet att de kommer få leva med den kroniska smärtan [16]. Känslan patienterna får av att vara hypokondriker kan vara en större belastning för dem än att få en uttalad diagnos. De kämpar med jakten på förståelse och vill finna en förklaringsmodell som de kan leva med [9]. Det saknas kunskap inom dagens sjukvård för att ge handledning och information om hur patienten ska gå till väga för att lära sig att hantera sjukdomen [16].

## **OMVÅRDNAD**

Det är viktigt att individer med FMS, som vänder sig till vården på grund av subjektiva symtom, känner sig väl bemötta och inte avvisade. Patienten bör få rätt diagnos och en grundlig information gällande innebörden av att leva med FMS. Det är viktigt att varje patient tillsammans med sjukvården diskuterar och går igenom vilket förhållningssätt patienten ska ha till sjukdomen eftersom de upplever sjukdomen olika. Patienten bör få information om hur de bäst minskar risken för att försämra symtomen, genom att undvika olika psykiska och fysiska påfrestningar. Vid kroppsliga smärtor är det viktigt att patienten får god information om vilken smärtlindring som finns att tillgå [8]. Även om prognosen och sjukdomsförloppet är relativt okänt, kan vården förbereda patienten på möjliga symtom som kan uppkomma relaterat till FMS. Detta skulle hjälpa patienten i sin copingprocess genom att de får ökad kunskap om sjukdomen [14].

Enligt Socialstyrelsen skall sjuksköterskan ha en humanistisk människosyn vilket innebär att arbeta utifrån en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt. Socialstyrelsen anser att det är viktigt att sjuksköterskan visar omsorg och respekt för patientens autonomi. Det är viktigt att värna om patientens integritet och värdighet och att tillvarata patientens och/eller närståendes kunskaper och erfarenheter. Sjuksköterskan skall visa öppenhet och respekt för olika värderingar och trosuppfattningar. Utifrån patientens och/eller närståendes önskemål och vid behov, skall sjuksköterskan föra deras talan. Det är viktigt att tillämpa gällande forsknings etiska konventioner, tillvarata arbetslagets och andras kunskaper/erfarenheter samt genom teamsamverkan bilda en helhetssyn på vården. [17]. Enligt International Council of Nurses (ICN) skall sjuksköterskan arbeta för att främja hälsa, förebygga sjukdom samt återställa hälsa och lindra lidande [18].

## **PROBLEMFORMULERING**

Det är vanligt att individer med FMS upplever svårigheter att hantera och leva med den kroniska smärtan. Symtomen är ofta subjektiva och patienterna känner sig därför ibland misstrodda i kontakten med vården då symtomen inte är mätbara. Patienter upplever att de inte får tillräckligt med information från sjukvården om hur de kan hantera symtomen. Därför behövs det mer kunskap om vilka copingstrategier patienter med FMS kan använda sig av för att hantera sin kroniska smärta och hur sjuksköterskan kan stödja dem i den nya livssituationen.

## **SYFTE**

Syftet med denna litteraturstudie är att belysa fibromyalgipatienters copingstrategier vid kronisk smärta och hur sjuksköterskan kan stödja patienten i den nya livssituationen.

## **TEORETISK REFERENSRAM**

År 1989 gavs boken *The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness* ut, skriven av omvårdnadsteoretikerna Patricia Benner och Judith Wrubel. Omvårdnadsteorin bygger på Heideggers fenomenologiska tolkning av världen, vilket dels innebär att en person lever i en verklighet och förhåller sig till den på ett meningsfullt sätt [19].

Benner och Wrubel menar att människan ingår i ett nära samspel med sin omgivning, där omsorg (caring) är ett grundläggande begrepp. Omsorgen innebär att fokus riktas mot något annat än sig själv. Benner och Wrubel anser att om man värnar om en annan människa leder det till att möjligheter skapas för den människan att lära sig bemästra situationen. Det tillhör människans natur att vara omsorgsfull och lägga fokus på någon eller något annat än sig själv. Genom detta skapas möjligheten att få en mening och ett innehåll i sitt liv. I en situation med omsorg uppkommer vissa risker, stress och sårbarhet [19]. När en människa förlorar något som är värdefullt, som att inte kunna utföra en aktivitet på grund av sjukdom, uppstår känslor av stress och sårbarhet. Omsorgen ger människor möjligheten att både ge och ta emot hjälp och mellan parterna skapas då en tillit. Benner och Wrubel anser att det är omsorgen som är kärnan i all omvårdnad [19].

Enligt Benner och Wrubel karakteriseras människan av fyra olika egenskaper som speglar sambandet mellan personen och sammanhanget:

- **Att vara placerad i en situation (encounter situation):** Enligt Benner och Wrubel befinner sig människan alltid i en situation. Människan är en del av en situation och situationen är i sin tur en del av människan [19].

*"På basis av sin kroppsliga intelligens, sin bakgrundsförståelse och sina speciella intressen, uppfattar och engagerar sig människan direkt i varje situation, alltefter vilken mening hon upplever i den"* [19 s 166-167]

- **Kroppslig kunskap (embodied knowledge):** Benner och Wrubel menar att människan är en helhet och den levda erfarenheten gör att människan får förståelse för hälsa och sjukdom. I teorin skriver de om kroppslig kunskap och kroppslig intelligens, vilket innebär att människan är beroende av sinnesintryck och kroppsliga känslor. Denna kunskap är medfödd och utvecklas hela livet. I en situation kan meningen uppfattas utan att behöva reflektera över den. Välkända situationer kräver inget medvetet övervägande för att handla ändamålsenligt. Den kroppsliga kunskapen är primär och erhålls genom att på avstånd betrakta omvärlden och sig själv. Den kroppsliga intelligensen är lika värdefull då den används av personer som är experter inom sitt yrke och av de som har lärt sig att hantera sin kroniska smärta [19].
- **Bakgrundsförståelse (meaning of being):** Den kroppsliga intelligensen som människan har redan vid födseln innebär att de kan ta till sig den kulturella bakgrundsförståelsen innan den medvetna reflektionen har utvecklats. Bakgrundsförståelsen är något varje människa har från födseln och från den kultur individen är uppvuxen i [19]. Individen lever i nuet samtidigt som de påverkas av det förflutna och planerar inför framtiden [20]. *En människas tolkningsgrund är av avgörande betydelse för hennes tolkning av omvärlden* [19 s 166].
- **Speciella intressen (concerns):** Den kroppsliga intelligensen och den kulturella bakgrundsförståelsen styr det sätt som människan existerar i världen. Människan definieras av sina speciella intressen som är knutna till de aktiviteter en individ engagerar sig i och som är av stor betydelse för just den personen [19].

De personliga intressena avgör vad som står på spel för alla individer. Utmaningen för vården är att tolka vad just den specifika individen påverkas i sin situation.

Sjuksköterskans roll är också att vara en guide för patienten under tiden för förändring, detta för att de ska förstå sin situation och motta medicinsk behandling [20].

Enligt Benner och Wrubel är coping vad individen gör inför en främmande och ny livssituation som sjukdom, lidande eller förlust. Det krävs då att man kan stanna upp och reflektera över det inträffade [19, 20]. Målet med coping är att återställa meningen med livet. Det är individuellt och det finns en medfödd begränsning grundad i situationer som uppkallar stress. Stress är en upplevd störning av mening, förståelse och funktion vilket kan leda till en känsla av hot, förlust eller utmaning vilket kräver sorgearbete, tolkning eller nya färdigheter [19, 20]. Coping är hur individen lär sig att leva och hantera förändringar i den nya livssituationen [20].

Bemästring, är ett väsentligt begrepp i Benner och Wrubels omvårdnadsteori, vilket innebär att hantera stress. De anser att individer som inte upplever några symtom inte behöver känna sig sjuka [19]. Enligt Benner och Wrubel definieras hälsa:

*”en känsla av sammanhang som har sitt ursprung i att tillhöra en sociokulturell gemenskap med en inneboende mening som individen lever ut i form av sina speciella intressen”* [19 s 170 ].

Benner och Wrubel menar att omvårdnadens mål är att patienten får hjälp och stöttning i sin utveckling till att bli den de önskar vara. Personen ska få den hjälp som krävs för att kunna leva ut sina speciella intressen trots sjukdom. Vårdtagarna känner sig omänskligt behandlade, arga och rädda i mötet med en stressad och distanserad sjuksköterska [20]. På följande vis sammanfattar Benner och Wrubel sin syn:

*Mot bakgrund av insikten om hur symtom upptäcks och den störande inverkan de har, förstår sjuksköterskan att patientens tolkning av symtomen är avgörande för utövandet av adekvat omvårdnad och medicinsk vård... Symtom är laddade meningar. Sjuksköterskans insikt om symtomens mening och kontext är väsentlig för patientens bot och tillfriskande* [19 s 172 ].

Enligt Benner och Wrubel är det sjuksköterskans uppgift att ge patienten hjälp att kunna hantera den nya livssituationen, på ett sätt som tillgodoser det som anses vara värdefullt. Syfte och mål med omvårdnaden är att människan ska få den hjälp som behövs för att kunna leva ett liv som individen önskar trots sjukdom, lidande och förlust. När en livssituation förändras och det viktiga i livet hotas, kan behovet av omvårdnad vara ett faktum [20].

## **METOD**

### **SÖKMETODER**

Sökningar utfördes i databaserna Cinahl och Pubmed. Dessa sökningar har innefattat meshtermerna fibromyalgia och pain. Andra sökord vi använt oss av har varit coping, copingstrategier, chronic pain, care och nursing som inte är meshtermer men som har varit väsentliga för innehållet i vår litteraturstudie. Begränsningar inom sökandet har gjorts i form av att artiklarna ska vara skrivna på engelska, de ska vara publicerade mellan år 2000- 2010 och åldersbegränsat, ”all adults”. Sökvägarna redovisas i Tabell 1 och 2.



## URVAL

**Inklusionskriterier:** Kvalitativa och kvantitativa artiklar med individer som lider av kronisk smärta relaterat till diagnostiserad FMS. Artiklarna ska även vara publicerade efter år 2000.

**Exklusionskriterier:** Artiklar som är publicerade före år 2000 samt artiklar som enbart belyser anhörigas och sjuksköterskans perspektiv.

**Tabell 1.** Redovisning av artikelsökning mellan 2010-09-27 och 2010-10-04.

Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Sökningens nummer (Referensnummer)
Pubmed	(Coping OR copingstrategies) AND fibromyalgia AND chronic pain	År 2000-2010, All adults, English	52	14 (36), 22 (33), 24 (14), 26 (25), 27 (31), 29 (43), 39 (6), 43 (39), 45 (28), 46 (29), 47 (45)
Cinahl	Fibromyalgia AND pain AND coping AND nursing	English, Peer reviewed, research article, utgiven efter år 2000	4	1 (42), 2 (34), 3 (25), 4 (29)
Cinahl	Fibromyalgia AND pain AND coping AND Care	English, Peer reviewed, research article, utgiven efter år 2000	20	4 (44), 5 (30), 6 (34), 9 (25), 15 (27), 17 (45)
Cinahl	Fibromyalgia AND Chronic pain AND coping	English, Peer reviewed, research article, all adult, utgiven efter år 2000	27	7 (41), 8 (32)
Cinahl	Fibromyalgia AND Coping strategies AND chronic pain	English, Peer reviewed, research article, all adult, utgiven efter år 2000	12	6 (35)

**Tabell 2.**

Redovisningen av manuell artikelsökning mellan 2010-09-27 och 2010-10-04

Referens-nummer	Titel och år	Manuell sökning och rekommendation	Databas
5	Struggling for dignity: the meaning of women's experiences of living with fibromyalgia, 1999.	Från referenslista, Synergy towards health: a nursing intervention model for women living with fibromyalgia, and their spouses.	Pubmed
11	The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee, 1990.	Från referenslista Background pain in fibromyalgia patients affecting clinical examination of the skin.	Pubmed
13	Fibromyalgia diagnosis and management, 2002.	Från Ida Agrér, Sjuksköterska	Pubmed
15	Men living with fibromyalgia-type pain: experiences as patients in the Swedish health care system, 2002.	Från Ida Agrér, Sjuksköterska	Pubmed
22	Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, 2004.	Från vår handledare Lena Björck.	Pubmed
23	A method of analysing interview transcripts in qualitative research, 1991.	Från Nina Marklund, Sjuksköterska.	Pubmed
24	Experience of fibromyalgia: Qualitative study, 2000.	Från referenslista, 'A constant struggle': Successful strategies of women in work despite fibromyalgia.	Pubmed
26	Recovery from fibromyalgia – previous patients' own experiences, 2004.	Från referenslista C-uppsats, Fibromyalgi och self management, fått av författare Ann-Sofie Cato Leg. Arbetsterapeut	Pubmed
37	Det finns inga kvalitativa metoder – och inga kvantitativa heller för den delen, 2001.	Fått av Monica Vinterek FD, Docent, Umeå Universitet.	Instutionen för pedagogik och didaktik, Göteborgs Universitet
46	Fibromyalgia: diagnosis, pathogenesis, and treatment, 2001.	Från referenslista, Results of a multidisciplinary program for patients with fibromyalgia implemented in the primary care.	Pubmed

## ANALYSMETOD

I vår litteraturstudie använde vi oss av både kvalitativa och kvantitativa artiklar. Analysen av artiklarna utgick från Burnards [23] innehållsanalys och inspirerades av Granheim och Lundman [22].

Den kvalitativa innehållsanalysen fokuserar på tolkning av texter och människas uppfattning om sanningen. Den kvantitativa innehållsanalysen fokuserar på att kvantifiera och att komma nära en objektiv sanning [21]. Granheim och Lundman anser att verkligheten kan tolkas på olika sätt och att förståelse är beroende av en subjektiv tolkning. Den kvalitativa innehållsanalysen används ofta inom omvårdnadsforskning och utbildning eftersom den kan användas på olika sorters data och ge olika djup för tolkning. De presenterar olika begrepp som manifest, vilket är det uppenbara i texten och det latent, vilket innebär en underliggande tolkning av texten. Granheim och Lundmans analysmetod går ut på att skapa meningsenheter, koder, subkategorier, kategorier och teman [22]. Under analysen av artiklarnas resultat har vi utgått från Burnard och använt oss av steg: 1 till 5, 7 till 10, 12 och 13 som redovisas nedan [23].

1. Vi har under analysen fört memos kring tankar som uppkommit under analysen och inför kommande kategorisering [23].
2. I den kvalitativa innehållsanalysen har vi identifierat likheter och skillnader i textinnehållen genom att först läsa igenom alla artiklarna [23].
3. Sedan gick vi återigen igenom artiklarna och reflekterade över det manifesta huvudinnehållet i texten relaterat till litteraturstudiens syfte. Vi har oberoende av varandra gått igenom artiklarna och på så sätt ökat validiteten. Därefter analyserades de kvalitativa artiklarna genom att ta ut den meningsbärande delen av en text som ord, meningar eller stycken och därefter identifierades de olika meningsbärande enheterna. Vidare kodades de meningsbärande enheterna genom att sätta en etikett, som kortfattat beskrev det manifesta innehållet i texten. Efter att vi fått fram uppgifterna i de kvalitativa artiklarna analyserades det manifesta resultatet i de kvantitativa artiklarna på ett liknande sätt [23].
4. En kategori inkluderar ofta ett antal underkategorier som sedan kan sorteras till en kategori eller tvärtom [22]. Vi gav varje meningsbärande enhet en kod som hamnade i subkategorier som i sin tur delades in i kategorier [23].
5. Rubriker och underrubriker är framtagna och liknande och återkommande rubriker sammanfördes till en [23].
7. Artiklarna lästes igen och jämfördes med kategorier och underkategorier för att fastställa hur väl de stämmer överens. Justeringar gjordes vid behov [23].
8. Med hjälp av överstrykningspenna i olika färger markerade vi vilka delar i artiklarna som hörde till vilken kategori och underkategori [23].
9. Varje del som hörde till respektive kategori klipptes ut och samlades i fack [23].
10. Facken med kategorier klistrades in i ett dokument under tillhörande rubrik/kategori [23].

Vi kopplade sedan samman våra teman med den teoretiska referensramen. Teman sorterades under de fyra olika egenskaper som enligt Benner och Wrubel speglade sambandet mellan personen och sammanhanget.

12. Kopior av de kompetta intervjuerna och bandinspelningarna finns till hand under hela skrivperioden. Om något känns oklart under skrivperioden ska författaren återgå till originaltexterna eller bandinspelningarna. Vilket i vårt fall handlade om originalartiklarna [23].

13. Därefter skrevs kategorierna in som text. Under denna process gick vi ibland tillbaka till original artiklarna för att inte tappa den verkliga meningens innebörd [23].

## RESULTAT

### ATT VARA PLACERAD I EN SITUATION (ENCOUNTER SITUATION)

En studie visar att individer med FMS upplever att det är svårt att få en diagnos för de upplevda symtomen. De uppsöker ofta många olika läkare som inte har kunnat diagnostisera sjukdomen. Detta resulterar i att individerna känner frustration och besvikelse [24]. Studier har visat att många personer känner att de får för lite stöd från sjukvården och upplever att de inte blir trodda [24-26]. I en del fall upplevde individen en ensamhet och tvivel kring sin egen smärtupplevelse [26]. En studie från Canada visar att vissa deltagare uppfattar den rådgivning som idag erbjuds inom sjukvården som ineffektiv och ologisk. De betonar vikten av att träffa vårdgivare som är villiga att lära sig om sjukdomen och stödja dem i att hantera symtomen [25].

Personer som inte har fått en uttalad diagnos av FMS känner sig isolerade och osäkra eftersom de inte vet vad de lider av, eller vilka åtgärder som de kan använda sig av för att underlätta symtomen. Det är väsentligt för patienterna att få en diagnos, då de upplever en frustration över att sjukdomstillståndet inkräktar på de dagliga aktiviteterna och det sociala livet. Medicinering ses som enda lösningen för att behandla symtomen i ett tidigt skede. Majoriteten av dem som har fått medicinsk behandling rapporteras ofta återvända till sin läkare för förändring av medicineringen [27]. Flera studier visar att patienter känner en viss lättnad när de fått diagnosen FMS [24, 26, 28], samtidigt som det finns en känsla av ovisshet inför framtiden [24]. Efter en diagnostisering kan patienterna rikta sin energi från att försöka hitta grunden för sin dåliga hälsa till att lägga mer tid och känslomässig energi på att hitta mer effektiva copingstrategier [24]. För närvarande erbjuds hjälp av sjuksköterskan i genomsnitt två år efter diagnosen [28]. En studie visar att det är väsentligt för patienterna att få förståelse, stöd och hjälp av sjuksköterskan och vården redan under diagnostiseringen [28]. *It is at the time of diagnosis that we need help and support to learn how to control our symptoms and move on* [28 s 269].

En Kanadensisk studie [25] visar att det finns en stor efterfrågan på mer stöd och bättre stödgrupper, vilket även bekräftas av en studie från Norge [26]. De stödgrupper som finns idag uppfattas av deltagare i de båda studierna som negativa och deprimerande, då stor del av tiden går åt till klagomål kring hur det är att leva med FMS [25, 26]. I en annan studie, som också genomfördes i Canada, tycker deltagarna att stödgrupperna ofta är positiva till en början och ett bra stöd för personer med FMS. De uttrycker även att deltagarna i stödgrupperna efter en tid blir

mer negativa kring sin livssituation [24]. En av deltagarna i en studie av Cunningham och Jillings uttrycker att det finns för få stödgrupper som fokuserar på friskfaktorer och hur individen kan hantera sjukdomen [25]. För att vänner och familj ska få en bättre kunskap och förståelse för hur det är att leva med sjukdomen FMS önskas ett forum på internet för detta syfte. Personer som lever med FMS upplever svårigheter och frustration i livet. Därför är det viktigt att ge rätt form av stöd så att personer med FMS lättare ska lära sig att hantera sina symtom [25, 26]. Sylvain och Talbot presenterar i sin studie hur viktigt det är att sjuksköterskan ser helheten hos patienten. Det är väsentligt att även hjälpa patientens partner i hur de på bästa sätt kan vara ett stöd i den nya livssituationen [28]. Det är viktigt att patienten känner att sjuksköterskan lyssnar, att de finns där för att ge råd till självhjälp och att de jobbar enhetligt mot samma gemensamma mål [28, 29]. I en studie fick deltagarna följa ett program för egenvård. Resultatet visade att individerna upplevde mindre smärta, tolererade mer träning och fick en mer positiv attityd till sjukdomen. Det visar att ett sådant program är ett effektivt sätt att behandla FMS [27]. En studie av Mengshoel och Heggen undersökte om patienter kan bli botade från FMS. Tre av de medverkande trodde att deras tillfrisknande hade en biologisk förklaring, medan två andra medverkande trodde att de var relaterat till en förändring i livssituationen. Deltagarna i studien hade alla försökt normalisera sin kroppsliga dysfunktion för att bli friska. Mekanismerna bakom tillfrisknandet är inte helt klarlagt [26].

### **KROPPSLIG KUNSKAP (EMBODIED KNOWLEDGE)**

FMS är svårt att hantera då sjukdomen visar subjektiva symtom utan stöd av några objektiva mätningar [25, 26]. Individer med FMS upplever ofta att sjukdomens symtom varierar i intensitet och att alla dagar ser olika ut. Många upplever därför att det är svårt att planera dagen och att de lever i en ond cirkel då symtomen har en negativ påverkan på hela livssituationen. Den kroniska smärtan leder till en minskad sömn som i sin tur leder till en ökad smärtupplevelse [25]. *You don't really get used to it, you just expect it to be there, more or less, each day is different* [29 s 38].

En studie från Stockholm beskriver individer med FMS konstanta kamp mot symtomen och dess konsekvenser [30]. Råheim och Håland beskriver i sin studie att personer med FMS ser kroppen som sin värsta fiende och att några upplever sig deprimerade av att inte kunna utföra vanliga hushållssysslor. Studien visar att en del individer tycker att det är smärtsamt att ta sig upp ur sängen på morgonen och att förflytta sig från ett ställe i huset till ett annat [31]. En copingstrategi som en del patienter använder sig av är att planera tillvaron in i minsta detalj och ha samma rutin varje dag [24, 31].

*"I know that it's an absolute crucial thing to get a good night's sleep; to go to bed at the same time; eating on time, ... so everything has to be regular. And the more regular it is, the better I feel"* [24 s 1103].

En studie visar att smärtan tar sig uttryck i olika dimensioner såsom intensiv, outhärdlig, hemsk, fruktansvärd och en vanlig upplevelse är att det brinner i kroppen [32]. Individer med FMS använder sig konstant av coping och att spara på sin kroppsliga energi kan vara ett sätt att klara av vardagen enligt en svensk studie [25]. Att använda sig av coping innebär att lära sig ta hand om kroppen på rätt sätt och att försöka anpassa sig efter kroppens signaler [31, 33]. Det är viktigt att lära sig sätta gränser och kunna prioritera, vilket innebär att kraven måste sänkas och leva efter sina begränsningar [30]. Personer med FMS måste själva komma på vad som

fungerar för dem. Det finns ingen medicinering eller annan behandling som garanterar full symtomlindring eller tillfrisknande för patienter med FMS [24, 33].

Att samla information och fakta om FMS är avgörande för att få en förståelse av sjukdomen [24, 28, 30]. Att ha god kunskap om sin kropp innebär att det blir lättare att lära sig erövra smärtan och ta kontroll [28, 29, 31]. En studie av Raak et al. visar hur en del deltagare trotsar smärtan genom att leva som de gjorde innan de fick diagnosen FMS. Andra klarar av att hantera dagen genom att tänka positiva tankar och på så vis intala sig själv att det inte gör ont [34]. En vårdande attityd mot kroppen och att lära sig att kämpa med kroppen och inte mot den är en god strategi. En del individer tar medvetet kontroll över sin kropp medan andra inte gör mer än de känner att de klarar av. Att ha en positiv mental inställning kan hjälpa individerna att hantera de olika situationerna [31]. Flera studier visar att många patienter använder smärtan för att lära sig om sina begränsningar genom metoden ”trial and error” [24, 26, 30]. Smärta är då en guide genom att uppmärksamma små varningar som den minsta lilla smärta eller fatigue [26, 30]. Om individen då slutar med den aktuella ansträngningen räcker det med en kort vila för återhämtning. Väljer de att fortsätta krävs en planerad återhämtning där en del tar hjälp av smärtstillande och andra accepterar smärtan [30].

Det är väsentligt att kunna finna en balans mellan begränsningar och förväntningarna vid familjära och sociala sammanhang vilket innebär medvetande om sina begränsningar och accepterar dem [25]. Flera studier tar upp det missnöje som existerar hos patienterna gällande den medicinska kunskapen om sjukdomen och att behandlingen av FMS fortfarande är begränsad. Två av studierna visar att många hoppas att det ska utvecklas ett botemedel eller att de ska kunna få en behandling där de får tillräckligt med symtomlindring [25, 34]. En positiv attityd är en viktig strategi i försöket att hantera FMS. För de flesta patienterna innebär det att acceptera sjukdomen och den nya livssituationen [24, 25].

För att kunna se positivt på situationen och hantera problemen måste individerna först bearbeta förlusten av hur de tidigare var som person och hur deras kropp fungerade. Därefter kan de komma till en acceptans av situationen [28, 30]. Det är nödvändigt för framgångsrik copingförmåga och accepterandet av FMS att patienterna uttrycker känslor för förlust och sorg [24]. De patienter som gått från att erkänna sjukdomen till att acceptera den har visat mer effektiva och balanserade copingstrategier [24].

Positivt tänkande och att försöka se situationen ur olika infallsvinklar hjälper individer att hantera sjukdomen på ett bättre sätt [29, 30], som att se det positiva med att vara hemma med sina barn [30]. En förändring av livsstilen är nödvändig och är en del av copingprocessen [29]. Det är viktigt att ta hand om sig själv, sin kropp genom att undvika onödig stress [30], att njuta av livet och tillåta sig belöning kan vara coping för en del personer [30, 31]. Stress påverkar sjukdomsupplevelsen och ökar symtomen [24], huvudsakligen som ökad smärta [26]. Individer med FMS måste lära sig att se lösningar på problem som kan underlätta vardagen [29, 30].

I en studie från nordvästra USA tar patienter med FMS smärtstillande läkemedel i hopp om att lindra smärtan, men det visar sig ofta vara ineffektivt [29]. Patienter känner sig ibland desperata, eftersom det finns så lite medicinsk behandling, att de istället söker sig till alternativa behandlingsmetoder [25, 26]. Några exempel på detta är fysioterapi, näringstillskott, dieter och aromterapi [24].

I en studie beskriver personerna med FMS att en lätt start på dagen är avgörande för hur resten av dagen kommer att se ut [30]. Träning och motion, vanligen promenader, cykling och simning används för att ta hand om kroppen [30, 33]. Vila och avslappning är väsentligt, ibland görs det med hjälp av ett varmt bad eller en elektrisk varm filt [30]. Kyla och värme påverkar symtomen [24, 29, 34]. *I hope when things calm down a little my pain will go away, but the cold weather really makes it worse* [29 s 38]. Faktorer som påverkar symtomen negativt är att vara för stillasittande, överaktiv och överbelastning [24, 29]. Coping innebär att erövra smärtan flera gånger om [31]. Individer med FMS känner sig mer rörelsehindrade och upplever en svårare smärta än personer med andra kroniska symtom. Patienterna använder sig av den copingstrategi som de själva anser fungerar bäst mot den kroniska smärtan [32, 35]. Självinitierade aktiviteter innebär att individerna avleder uppmärksamheten mot något annat än smärtan. Detta kan göras genom att promenera, cykla, simma, läsa en bok eller en tidning, meditera eller att föreställa sig roliga händelser som har varit i det förflutna eller som kommer att ske i framtiden. Professionell behandling som patienterna kan använda sig av är psykoterapi, akupunktur och massage. En del patienter kan även använda sig av passivt beteende - kognitiv coping vilket innebär att de kan vara sängliggande, jämföra med andra som är i värre situationer, undvika situationen och ignorera smärtan. Ensamhet och att vara socialt isolerad är konsekvenser av denna copingstrategi [32].

En studie visar att sannolikheten är mindre att individer med kronisk smärta och fatigue använder sig av positiva copingstrategier och motion. Sannolikheten är större att de använder bön, sökande efter andlig hjälp, alkohol, droger, medicinering eller negativa copingstrategier. Enligt studien är negativa copingstrategier att undvika människor, inte acceptera situationen, förändrade matvanor och sömnvanor samt skuld känslor. De har oftare svårigheter att sova och har högre risk för depression. Studien visar även att individer med kronisk smärta och fatigue är signifikant mer andliga men mindre religiösa än den generella populationen [36].

### **BAKGRUNDFÖRSTÅELSE (MEANING OF BEING)**

Att känna skuld gentemot sina anhöriga är för många personer med FMS en vanlig känsla. I studien av Råheim och Håland beskriver föräldrar till små barn den rädslan de upplever över att inte kunna ta hand om sina barn, på grund av symtomen från FMS. Detta leder till att de känner skuld gentemot övriga familjemedlemmar som får ta en större börda i hemmet [31]. Bristen på förståelse från omgivningen ger många personer med FMS dåligt samvete [24].

*"Because you're a grandmother, your children expect you to want to hold your granddaughter, to babysit.... They expect you to do all these things.... But your body says, "no, you can't...." It's hard to understand, and it's hard for you to accept.... I can't hold her.... and that hurts! I find myself, personally, I can accept the pain more than I can the mental anguish that goes with it"* [24 s 1103].

Rädslan för att uppfattas som lat och känslan av att vara värdelös leder ofta till ett växande avstånd till de närstående. För att främja en stark relation mellan personer som lever med varandra är det nödvändigt att vara tydlig över vilka behov som finns och att tala med och lyssna på varandra. För individer med FMS är det viktigt lägga energin på kroppen istället för att lägga den på partnern genom skuld och dåligt samvete. Det är viktigt att partnern har en förståelse för den nya livssituationen de

ställs inför. Anpassningsprocessen till den nya livssituationen kan i en del fall stärka relationen till varandra [31].

Enligt Råheim och Hålands studie orkar en del personer med FMS inte ta sig från hemmet och är ineffektiva hela dagarna och upplever att tiden står stilla [31]. Många gånger har de personerna mycket att ta itu med känslomässigt [24, 25]. Att inte kunna ta sig ur sängen på morgonen kan upplevas deprimerande även för en person som annars mår bra psykiskt. FMS påverkar inte bara kroppen utan även välbefinnandet och hälsan [25]. Att ha en familj som förstår deras situation är en viktig del av livet. För att det ska fungera så bör familjen tillsammans lära sig att leva med den kroniska sjukdomen, genom att ha en dialog med varandra [31]. En studie från England [27] visar att vissa personer med FMS håller sina problem borta från familjen och försöker hänga med som vanligt i de dagliga aktiviteterna, vilket även styrks av en studie från Canada [24]. Personerna har en rädsla för att bli dömda och avvisade [24, 28]. Studien från England visar även att en del väljer att ta hjälp av familjen genom att erkänna sina problem [27]. Studierna visar på att sociala kontakter utanför familjen, som kollegor och vänner, har en liten förståelse av hur individen mår och är omedvetna om det lidande de går igenom [24, 27]. En studie visar att personerna är oroliga över hur en diagnos som FMS ska påverka deras sociala relationer. De beskriver också att de alla kämpade med att ha kvar sina normala sociala roller [24]. Det finns en rädsla för att bli behandlad annorlunda om omgivning visste om den mängd smärta de lever med [29]. En partner kan ge ett praktiskt stöd som hjälp med hushållsarbete och ett psykiskt stöd genom att lyssna och vara förstående [28]. Personens vetskap om att de har stöd och förståelse från familjen ger dem en styrka att fortsätta kämpa [30].

### **SPECIELLA INTRESSEN (CONCERNS)**

Den ständiga närvaron av symtom äventyrar personer med FMS förmåga att engagera sig i dagliga aktiviteter. De flesta är oförmögna att arbeta och tvingas lämna tidigare yrkesverksamheter på grund av förändrade roller. De känner sig olyckliga och tror inte att någon vill anställa dem [25]. Känslan av att vara värdelös och att inte kunna göra det som de tidigare har klarat av är central hos många [31]. Smärtan är så stark att en del personer ifrågasätter framtiden och oroas över att inte kunna gå klart sin utbildning eller att klara av att ta hand om sina barn [31]. Att planera in saker under dagen kan vara svårt för en person med FMS då det inte går att förutsäga hur kroppen reagerar under dagen [25]. Relationen till vänner och bekanta störs många gånger då aktiviteter får avbrytas [25]. Många upplever sig även begränsade till hemmet på grund av de svåra symtomen. En del personer använder sig av fysiska övningar varje dag för att minska smärtan [31]. Andra anser att motion innebär att de måste minska på andra aktiviteter under dagen för att överhuvudtaget orka med [25].

Enligt den norska studien upplever en del personer att arbetskamrater, läkare, socialarbetare och vänner anklagar dem, direkt eller indirekt, för att vara arbetsskygga. De upplever att deras moraliska karaktär blir ifrågasatt [26]. Det skiljer sig mellan olika individer vilken påverkan arbetet och karriären har i deras sätt att hantera FMS. En person upplever att det är en lättnad att slippa jobba och inte ha den pressen på sig, samtidigt som en annan uttrycker att karriär har en stor betydelse för välbefinnandet. Karriären tillför en tillfredsställelse som är svårt att få från annat håll [24]. Det är viktigt för personerna att de får tillfälle att välja då många upplever att de har lite inflytande både i sitt jobb och hemma [33].



## METODDISKUSSION

Syftet med denna litteraturstudie är att belysa copingstrategier för personer med FMS vid kronisk smärta och hur sjuksköterskan kan stödja patienten i den nya livssituationen. Beslutet att använda oss av både kvalitativa och kvantitativa artiklar togs för att få en bredd i resultatet. Rodney Åsberg menar att uppdelningen av kvantitativa och kvalitativa artiklar, som görs i forskningssammanhang och som ofta finns i både i metodiska handböcker och i vetenskapliga arbeten, är felaktigt. Detta då man behöver dem båda för att se en helhet[37]. I vår studie anser vi därför att det behövs såväl kvantitativa som kvalitativa studie för att se helheten hos personer med FMS.

Vi har använt oss av boken Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten, F. Friberg, 2006, som en guide genom vår litteraturstudie. Boken innehåller en rad olika förslag på hur man ska gå till väga när man genomför en litteraturstudie. Friberg menar att det är viktigt att genomföra den här typen av studier för att utveckla sjuksköterskans funktionsområde. Vi anser att boken har gett oss ett bra stöd genom hela arbetsprocessen [38].

Vi har valt att göra en begränsning i sökningen till ”all adult”. I sökresultaten visade det sig att databaserna Pubmed och Cinahl inte använder sig av samma åldersgränser. Pubmed inkluderar personer över 19 år medan Cinahl inkluderar individer över 18 år vid användning av begränsningen ”all adult”. Vi har valt att använda referens nummer 35 som i sina studier använder personer från 18 år på grund av att vi inte kan se att detta skulle påverka resultatet. Det finns beskrivet att det inte finns någon större skillnad mellan olika åldrar när det gäller hälsostatus, psykosocialt och deras copingförmåga [39]. Denna studie gjordes dock på patienter från 20 år vilket fortfarande inte visar skillnader till barn och ungdomar. FMS drabbar även mycket unga människor men det är relativt ovanligt [39, 40]. En studie visar, genom att jämföra olika åldersgrupper, att den yngre åldersgruppen hade sina symtom under en betydligt kortare tidsperiod än de kvinnor som tillhörde den äldre generationen [41]. Prevalensen för FMS är högre hos kvinnor än hos män [40]. Det kan vara anledningen till att majoriteten av deltagarna i studierna också varit kvinnor. I den forskning vi tagit del av står det inte lika mycket skrivet om män. Det har medfört att vi inte har funnit motsvarande information om män som vi funnit om kvinnor, så som åldersrelaterad prevalens.

I urvalet och i resultatet har vi inte gjort någon begränsning på hur länge individerna levt med diagnosen och symtomen. I en studie av Raymond och Brown beskrivs det att copingförmågan hos individerna kan påverkas av hur länge de haft diagnosen och hur långt de då kommit i sin copingprocess [24]. Det framkommer inte i alla artiklar om det funnits ett sådant urval i studierna.

Vi strävade efter att de valda artiklarna skulle ha genomgått forskningsetisk granskning. Detta har gjorts genom att ”review” inte tagits med från sökningar i Pubmed. I Cinahl har begränsningar gjorts genom att fylla i ”peer reviewed” och ”research article” vilket gör att våra artiklar enligt databaserna ska vara etiskt granskade. Vi har även beslutat att artiklar som används i resultatet endast skall vara publicerade efter år 2000. Detta gör att vi kan ha exkluderat artiklar som kunnat tillföra något till resultatet. Valet vi gjorde grundades på att vi var intresserade av relativt ny forskning då kunskapen kring FMS ständigt utvecklas. Både i resultat och i diskussion fanns en strävan efter att bibehålla objektiviteten. Syftet skulle inte

påverka och förvränga det faktiska innehållet i artiklarna samtidigt som vi utgick ifrån syftet för att hitta svar på vår problemformulering.

Innehållsanalys användes när resultaten analyserades. Vi utgick från Burnards analysmetod av kvalitativt data som betonar att behålla sammanhanget i den ursprungliga texten. Därför användes även denna metod till kvantitativa artiklarna och anser att vi på så sätt behållit kontexten och objektiviteten.

De steg i analysen utifrån Burnard som vi valt att inte använda oss av är 6, 11 och 14. Valet gjordes då vi anser att dessa steg görs vid en analys av egen datainsamling så som vid fokusgrupper eller djupintervjuer och inte vid en litteraturstudie.

6. Två kollegor bjuds in för att kategorisera innehållet självständigt och oberoende av författarnas listor. Sedan sker en jämförelse med författarens uppdelning [23].

11. Utvalda respondenter blir tillfrågade att se över om citeringen från intervjuerna stämmer överens med de valda kategorierna [23].

14. Forskaren bestämmer om det ska ske en länkning av data exempel eller kommentarer till litteraturen [23].

Burnard beskriver och ifrågasätter hur gemensamma de framtagna ämnena egentligen kan vara då det alltid färgas av en tolkning [23]. I litteraturstudier som denna kan möjligen validiteten blir lägre då det gjorts en tolkning utifrån den ursprungliga studien. Resultatet vilket Burnard menar är en tolkning, som tolkas ännu en gång. Detta kan då leda till att vårt resultat riskerar att ledas från studiens faktiska resultat.

Vi valde att använda oss av Benner och Wrubels omvårdnadsteori som utgår från att en person lever i en verklighet och förhåller sig till den på ett meningsfullt sätt. Vi använde oss av det som Benner och Wrubel anser karakterisera människan, genom de fyra olika egenskaperna som speglar sambandet mellan personen och sammanhanget: Att vara placerad i en situation (Encounter situation), kroppslig kunskap (Embodied knowledge), bakgrundsförståelse (meaning of being) och speciella intressen (Concerns). Vi har inte påverkat resultatet genom att utesluta något för att de inte passar in under de fyra huvudrubrikerna, något som också Burnard poängterar är viktigt [23]. Dock har vi varit styrda av var fokus ska ligga inom kategorierna, samtidigt som det har hjälpt oss att lyfta fram olika delar inom omvårdnaden. De kategorier som har formats under analysprocessen är: *Behov av stöd, Botas från FMS, Upplevelser av symtom, Copingstrategier, Anhöriga och sociala kontakter, Aktivitet*.

## RESULTATDISKUSSION

I resultat har vi valt att utgå från de fyra egenskaper som Benner och Wrubel anser speglar sambandet mellan personen och sammanhanget. Vi har valt att presentera resultatet efter den ordningen vi beskriver egenskaperna i den teoretiska referensramen.

**Att vara placerad i en situation:** Anser vi är en central egenskap i alla människors liv, oavsett vart i livet man befinner sig. Vi anser att patienter med FMS är placerade i en situation som är komplex. Diagnostisering av FMS involverar inte bara individen

utan även deras anhöriga. Genom att beskriva hur individer med FMS upplever situationen med sjukvården och diagnostiseringen av FMS belyser vi denna egenskap. Sjukvården bör bekräfta patienten, möta individen dess situation och erbjuda ett stöd redan från första vårdtillfället.

**Kroppslig kunskap:** Detta belyser vi genom att beskriva de copingstrategier personer med FMS använder sig av för att hantera den kroniska smärtan. Vi anser den kroppsliga kunskapen är det sätt individen väljer att leva i den nya livssituationen. Den kroniska smärtan blir en del av individens liv genom acceptans av sjukdomen och goda copingstrategier.

**Bakgrundsförståelse:** Vi valde att belysa egenskapen genom att visa hur viktig del de anhöriga har i personer med FMS liv genom sin förståelse. Personer med FMS bör ha människor runtomkring sig som stöttar och förstår. Förståelsen kan skilja mellan olika kulturer. Vissa kulturer kanske är mer accepterande än andra, beroende på de värderingar som har utvecklats under uppväxten. Även där kan vården stötta både patienter och anhöriga i sin situation och i sin roll.

**Speciella intressen:** Genom att i resultatet redovisa hur personer med FMS påverkas av symtomen och hur sjukdomen inkräktar på de dagliga aktiviteterna beskriver vi denna egenskap. För att klara av att utföra de aktiviteter i livet de anser är viktiga för välbefinnandet. Sjukvården bör ha en plikt att hjälpa personerna med FMS att finna de copingstrategier som passar dem bäst. Vi tror att det skulle leda till att de blir mindre begränsade i livet och får en ökad livskvalitet.

I vårt omvårdnadsproblem beskriver vi de problem en person med FMS ställs inför, när stödet från sjukvården är otillräckligt. Detta problem är viktigt att belysa och att sjukvården bör ge patienter med FMS en tydligare information om den nya livssituationen de ställs inför. I omvårdnaden skriver vi att sjuksköterskan ska arbeta för att främja hälsa, förebygga sjukdom samt återställa hälsa och lindra lidande. Detta anser vi saknas för den här patientgruppen då de upplever ett ständigt lidande både fysiskt och psykiskt.

För att sjukvården på bästa sätt skall kunna stödja de personer som lider av FMS anser vi att det viktigt att personalen har en holistisk människosyn. Personer med FMS upplever att det är svårt och en utmaning att få en diagnos som förklarar symtomen. De uppsöker ofta många olika läkare utan att få någon diagnos. Detta resulterar i att patienterna känner frustration och besvikelse. De upplever att de får för lite stöd från sjukvården vilket även uppmärksammas av en studie från USA [42]. Studien visade även att det är vanligt att individerna känner sig ensamma och missförstådda [42]. Resultatet visar att det är väsentligt att sjukvården lyssnar till patienten och bekräftar deras känslor och osäkerhet. I bakgrunden beskriver vi svårigheterna att diagnostisera FMS innan kriterierna fastställdes. I resultatet beskrivs hur individerna upplever sin desperata strävan efter att få en diagnos. Enligt en annan studie från USA är patienter med FMS svåra att behandla och orsakerna till sjukdomen anses inte vara helt klarlagda [43]. Patienterna upplever att de har många frågor som inte blir besvarade av sjukvården och de som inte får en diagnos har lägre välbefinnande och en högre psykisk påfrestning [43]. Allt som framkommer i detta stycke beskrivs även i resultatet men styrks här med nya källor.

I resultatet beskrivs att stödgrupper för personer med FMS upplevs som negativt. Ett multidisciplinärt program för patienterna är något vården kanske borde satsa mer på

istället. En studie från Nederländerna har visats att patienterna ökar sitt välmående, minskar smärta, fatigue och stelheten signifikant efter medverkan i stödgrupper [44]. Vi anser att patienter med FMS inte helt bör frångå stödgrupperna utan att det ska finnas möjlighet att välja då påverkan och behov är individuellt.

Individer med FMS känner ofta en stor frustration över att den kroniska smärtan inkräktar på deras dagliga liv och aktiviteter, i hemmet, sociala relationer och på jobbet. I resultatet visas att arbetslivets betydelse för personernas coping skiljer sig åt. En person upplever att det är en lättnad att slippa jobba och inte ha den pressen på sig, samtidigt som en annan uttrycker att karriären har en stor roll för välbefinnandet. Olin och Schenkmanis tar även upp svårigheterna för personer med FMS att hantera arbetssituationen. Detta då symtomen varierar i intensitet mellan olika dagar och att kunskapen om FMS fortfarande är liten eller obefintlig [40].

I resultatet beskrivs att symtomen hos personer med FMS påverkas av klimatet, värme och kyla. I en studie gjord av Raak och Wahren framkommer det att personer med låg smärta reagerade mindre på kallt och varmt stimuli i jämförelse med de med hög smärta. Båda grupperna var dock känsliga mot kyla och värme och visade på en ökad smärta vid stimuli [45].

I resultatet framkommer det att patienter kan bli botade från FMS men att det fortfarande är osäkert hur. I en artikel skriven av Green och Jacobs framkommer det dock att behandlingsformen som finns idag är bristande och palliativt inriktat istället för kurativ [46]. I boken Fibromyalgi: symptom, diagnos, behandling, skriven av Olin och Schenkmanis år 2002, beskrivs det att läkarna idag måste informera patienten om att sjukdomen är mycket långvarig, eftersom det inte finns någon kurativ behandling [40]. Det finns inte, som vi känner till, några resultat från studier som följt upp behandlingsresultatet. Detta innebär att det inte finns kunskapen kring hur många patienter som faktiskt botats från FMS.

Sjuksköterskan bör stötta patienterna genom att lyssna på den enskilda individens berättelse om vad de använder för egna copingstrategier och hur de med hjälp av dem lär sig att hantera situationen. Vi tror att ju fler berättelser som sjuksköterskan tagit del av desto mer lär de sig om sjukdomen. Det borde i sin tur leda till att andra människor delges nya idéer om vilka copingstrategier som kan fungera även för dem. För att sjuksköterska skall kunna stötta den patientgruppen anser vi att det är viktigt att andra professioner inom sjukvården också är lyhörda. Vi menar att det handlar om ett teamwork. Fungerar inte det på arbetsplatsen är det svårt att ge patienterna den bästa tänkbara hjälp som krävs för varje enskild individ.

Genom resultatet har vi fått fram hur viktigt det är för individerna att använda sig av de copingstrategier som passar dem bäst. Vi anser att sjuksköterskor inte ska ta för givet att en och samma copingstrategi fungerar för samtliga patienter. På grund av att det är majoriteten kvinnor som lever med FMS är copingstrategierna grundade utifrån den fördelningen. Därför gäller att ha i beaktningen att män kanske tänker och hanterar den kroniska smärtan och den nya livssituationen på ett annorlunda sätt.

Enligt vårt resultat använde personer med FMS sig av de copingstrategier som beskrivs i bakgrunden. Vissa väljer att förneka och undvika svårigheterna, vilket försvårar den nya livssituationen. I stället bör de möta svårigheterna och ta kontroll

över sig själva och situationen, vilket bör resultera i en bättre acceptans av sjukdomen. En copingstrategi går ut på att personerna söker efter ett socialt stöd. Vår studie visar att individer med FMS söker socialt stöd hos familj och vänner, men även från sjukvården. Detta är en viktig del i bearbetningen av den nya livssituationen.

Resultatet i denna litteraturstudie visar vikten av att ge patienter med FMS ett bra bemötande av sjukvården, lyssna, bejaka och ge tillräckligt med stöd för att de ska kunna leva med den kroniska smärtan. Om alla inom vårdkedjan är medvetna om att denna patientgrupp existerar kan detta leda till att vi gemensamt inom vården hjälps åt att förbättra det praktiska vårdarbetet. Det handlar om att göra en tydlig dokumentation, som att ta en ordentlig anamnes och status, kommunicera mellan professionerna och att ha god kunskap om sjukdomen. Genom vårt resultat har det blivit tydligt hur personer med FMS upplever den kroniska smärtan och hur de själva lär sig att hantera situationen. Inom sjukvården råder det brist på stöd och kunskap för denna grupp av patienter. Vi poängterar hur viktigt det är att fånga upp dessa patienter redan från första mötet med sjukvården och hur sjuksköterskan kan stödja dem.

Denna litteraturstudie genomfördes endast på vuxna patienter och med majoritet av kvinnor. Det vore intressant att gå vidare och göra en liknande studie på hur barn eller män med FMS upplever och lär sig att hantera den kroniska smärtan. Studier kan även behövas för att redovisa behandlingsresultat och situationer där patienterna har tillfrisknat. Detta skulle ge kunskap inom området, vilket skulle kunna resultera i bättre behandlingsmetoder och en förändring av synen från palliativ till kurativ intensjon med behandlingen.

## REFERENSER

1. Klintman, H. Den gåtfulla smärtan: Ett helhetsperspektiv på orsaker, symtom och hanterbarhet. Stockholm: Natur och Kultur, 1998.
2. Bogduk, N. & Merskey, H. IASP Pain Terminology (Elektronisk). (1994) Tillgänglig: [http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain\\_Defi...isplay.cfm&ContentID=1728#Pain](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Defi...isplay.cfm&ContentID=1728#Pain). 2010-10-21.
3. Berg, E. Smärtförvandling: Om den långa smärtans onda cirklar och hur man bryter dem. Lund: Studentlitteratur, 2002.
4. Norrsell, H. Smärtanalys (Elektronisk). (2009-11-12) Tillgänglig: [http://www.internetmedicin.se/dyn\\_main.asp?page=173](http://www.internetmedicin.se/dyn_main.asp?page=173). 2010-09-30.
5. Soderberg, S., Lundman, B. & Norberg, A. Struggling for dignity: the meaning of women's experiences of living with fibromyalgia. Qual Health Res. 1999; 9(5), 575-87.
6. Cymet, T C. A practical approach to fibromyalgia. J Natl Med Assoc. 2003; 95(4), 278-85.
7. Bragé, B. Kroppens vrede: En bok om smärta. Uddevalla: Albert Bonniers Förlag AB, 1999.
8. Olin, R. Trötthet och värk: Fibromyalgi och andra neurosomatiska sjukdomar. Kristianstad: Rafael förlag, 2002.
9. Gunvaldsen Abusdal, U. & Natvik, B. Fibromyagi? En bok om muskelsmerter. Oslo: Tano Aschehoug, 1995.
10. Bengtsson, A. Fibromyalgi (Elektronisk). (2010-03-04) Tillgänglig: [http://www.internetmedicin.se/dyn\\_main.asp?page=492](http://www.internetmedicin.se/dyn_main.asp?page=492). 2010-09-27.
11. Wolfe, F., Smythe, H A., Yunus, M B., Bennett, R M., Bombardier, C., Goldenberg, D L., Tugwell, B., Campbell S M., Abeles, M. & Clark, P., The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of fibromyalgia: Report of the Multicenter Criteria Committee. Arthritis Rheum. 1990; 33(2), 160-72.
12. Marklund, B. Symtom Råd och Åtgärder:Handledning vid patientrådgivning. Lund: Studentlitteratur AB, 2009.
13. Guymer, E K. & Littlejohn, G O. Fibromyalgia: Diagnosis and management. Australas Chiropr Osteopathy. 2002; 10(2), 81-4.
14. Johnson, L M., Zautra, A J. & Davis, M C. The role of illness uncertainty on coping with fibromyalgia symptoms. Health Psychol. 2006; 25(6), 696-703.
15. Paulson, M., Norberg, A. & Danielson, E. Men living with fibromyalgia-type pain: experiences as patients in the Swedish health care system. J Adv Nurs. 2002; 40(1), 87-95.
16. Brattberg, G. Att hantera det ohanterbara: Om coping. Stockholm: Värkstaden AB, 2008.
17. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Elektronisk). (2005-02) Tillgänglig: [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf). 2010-09-25.
18. Svensk sjuksköterskeförening (red.). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Elektronisk). (2008) Tillgänglig: <http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>. 2010-09-25.
19. Kirkevold, M. Omvårdnadsteorier- analys och utvärdering. Lund: Studentlitteratur AB, 1994.

20. Benner, P. & Wrubel, J. *The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness*. California: Addison-Wesley Publishing Company, 1989.
21. Granskär, M. & Höglund- Nielsen, B. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB, 2008.
22. Graneheim, U H. & Lundman, B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004; 24(2), 105-12.
23. Burnard, P. A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Educ Today*. 1991; 11(6), 461-6.
24. Raymond, M C. & Brown J B. Experience of fibromyalgia: Qualitative study. *Can Fam Physician*. 2000; 46, 1100-6.
25. Cunningham, M M. & Jillings, C. Individuals' descriptions of living with fibromyalgia. *Clin Nurs Res*. 2006; 15(4), 258-73.
26. Mengshoel, A M. & Heggen, K. Recovery from fibromyalgia - previous patients' own experiences. *Disabil Rehabil*. 2004; 26(1), 46-53.
27. Hunt, J. & Bogg, J. An Evaluation of the Impact of a Fibromyalgia Self- management Programme on patient Morbidity and Coping. *Adv Physiother*. 2000; 2(4), 168-175.
28. Sylvain, H. & Talbot, L R. Synergy towards health: a nursing intervention model for women living with fibromyalgia, and their spouses. *J Adv Nurs*. 2002; 38(3), 264-73.
29. Cudney, S A., Butler M S., Weinert, C. & Sullivan, T. Ten rural women living with fibromyalgia tell it like it is. *Holist Nurs Pract*. 2002; 16(3), 35-45.
30. Lofgren, M., Ekholm, J. & Ohman, A. 'A constant struggle': successful strategies of women in work despite fibromyalgia. *Disabil Rehabil*. 2006; 28(7), 447-55.
31. Raheim, M. & Haland, W. Lived experience of chronic pain and fibromyalgia: women's stories from daily life. *Qual Health Res*. 2006; 16(6), 741-61.
32. Hallberg, L R. & Carlsson, S G. Coping with fibromyalgia. A qualitative study. *Scand J Caring Sci*. 2000; 14(1), 29-36.
33. Steihaug, S. Women's strategies for handling chronic muscle pain: a qualitative study. *Scand J Prim Health Care*. 2007; 25(1), 44-8.
34. Raak, R., Hurtig, I. & Wahren, L K. Coping strategies and life satisfaction in subgrouped fibromyalgia patients. *Biol Res Nurs*. 2003; 4(3), 193-202.
35. Mellgård, M., Grossi, G. & Soares, J J F. A Comparative Study of Coping Among Women With Fibromyalgia, Neck/Shoulder and Back Pain. *Int J Behav Med*. 2001; 8 (2), 103-115.
36. Baetz, M. & Bowen, R. Chronic pain and fatigue: Associations with religion and spirituality. *Pain Res Manag*. 2008; 13(5), 383-8.
37. Åberg, R. Det finns inga kvalitativa metoder – och inga kvantitativa heller för den delen: Det kvalitativa-kvantitativa argumentets missvisande retorik. *Pedagogisk Forskning i Sverige*. 2001; 6(4), 270–292.
38. Friberg, F. *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur AB, 2006.
39. Cronan, T A., Serber, E R., Walen, H R. & Jaffe, M. The influence of age on fibromyalgia symptoms. *J Aging Health*. 2002; 14(3), 370-84.
40. Olin, R. & Schenkmanis, U. *Fibromyalgi: symtom, diagnos, behandling*. Stockholm: Förlagshuset Gothia AB, 2002.
41. Burckhardt, C S., Clark, S R. & Bennett, R M. Pain coping strategies and quality of life in women with fibromyalgia: does age make a difference?. *J Musculoskeletal Pain*. 2001; 9(2), 5-18.
42. Nelson, P J. & Tucker, S. Developing an intervention to alter catastrophizing in persons with fibromyalgia. *Orthop Nurs*. 2006; 25(3), 205-14.

43. Reich, J W., Johnson, L M., Zautra , A J. & Davis M C. Uncertainty of illness relationships with mental health and coping processes in fibromyalgia patients. *J Behav Med.* 2006; 29(4), 307-16.
44. van Wilgen, C P., Bloten, H. & Oeseburg, B. Results of a multidisciplinary program for patients with fibromyalgia implemented in the primary care. *Disabil Rehabil.* 2007; 29(15), 1207-13.
45. Raak, R. & Wahren, L K. Background pain in fibromyalgia patients affecting clinical examination of the skin. *J Clin Nurs.* 2002; 11(1), 58-64.
46. Geenen, R. & Jacobs, J W. Fibromyalgia: diagnosis, pathogenesis, and treatment. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2001; 14(5), 533-9.



## **BILAGA 1**

Sammanfattning av artiklar

<b>Titel, författare, tidskrift, land, årtal</b>	<b>Syfte</b>	<b>Urval</b>	<b>Metod</b>	<b>Resultat</b>
Women`s strategies for handling chronic muscle pain: A qualitative study, Sissel Steihaug, Scandinavian Journal of Primary Health care, Norge, 2007.	Syftet är att utforska om deltagarna i en behandlings-grupp för kvinnor med kronisk muskelsmärta kan hjälpa deltagarna att utveckla strategier för att hantera deras kroniska muskelsmärta.	Deltagarna (n=11 kvinnor) erbjöds deltagande av deras läkare, fysioterapeut eller tog själv kontakt. De hade långvarig eller återkommande sjukskrivningar för kronisk smärta. Studien arrangerades i ett område i Oslo. Bortfall: 3 st. Ålder: 29-56 år	Kvalitativ data samlades på ljudband från individuella intervjuer av författaren direkt efter avslutad behandling. Semistrukturerade intervjuer i ca en timme och inspelningarna skrevs ut nästa ordagrant. Datamaterialet analyserades av systematisk text kondens inspirerad av Giorgi.	Alla deltagarna uttryckte att de lärde sig något om dem själva under behandlingen. De hade även börjat förhandla med sig själva, de behöver inte alltid säga något eller agera. De lärde sig att de har ett val och möjligheten att agera.
Experience of fibromyalgia: a qualitative study. Marie-Claude Raymond och Judith Belle Brown, Canadian Family Physician, Canada, 2000.	Syftet med denna studie är att utforska sjukdoms-upplevelsen hos patienter med diagnosen fibromyalgi.	Deltagarna (n=7) valdes ut via en inbjudan till medlemskap i "Ontario Fibrosis Association". Inget bortfall.	Sju djupintervjuer gjordes och blev ljudinspelade och transkriberade ordagrant. De lästes av författarna oberoende av varandra som sedan jämfördes och sammanfördes analysen. Slutliga analysen var att undersöka alla intervjuer tillsammans för att plocka ut centrala teman. De använde sig av ett fenomenologiskt tillvägagångssätt.	Resultatet skildrar patienters upplevelser av symptom, sökandet efter en diagnos för att hantera sjukdomen och skapandet av copingstrategier.
Recovery from fibromyalgia – previous patients´ own experiences, Anne Marit Mengshoel och Kristin Heggen, Disability and rehabilitation, Norge, 2004.	Syftet med denna studie är att undersöka vad patienter som återhämtat sig helt och hållet från fibromyalgi upplever som viktigt i sin återhämtning.	Deltagarna (n= 5 kvinnor) valdes ut efter att de år 1998 tillfrisknat från FMS. De var bland de 51 deltagare som medverkat i studier år 1990 och 1992, som handlat om effekter av träning och patient-utbildnings program. Ålder: 37-49 år	Individuella kvalitativa intervjuer gjordes i deltagarnas hem. Det var öppna intervjuer där deltagarna fick berätta om sitt tillfrisknande i detalj. Intervjuerna varade i 1,5-2 timmar och blev ljudinspelade. Studien är godkänd av Regional Ethics Committee for Medical Research.	Deltagarna rapporterade att tillfrisknandes skedde oavsett specifik behandling. Studien visar att ett motstånd till obehaget kring sjukdomen och stigmatisering i samband med den osäkra karaktär en FMS diagnos innebär, främjar återhämtningen. Istället för att anpassa sin aktivitet till smärtan, använde de smärtan som varningssignal för stress.

Titel, författare, tidskrift, land, årtal	Syfte	Urval	Metod	Resultat
Synergy towards health: a nursing intervention model for women living with fibromyalgia, and their spouses, Hélène Sylvain och Lisa R. Talbot, Journal of Advanced Nursing, Canada, 2002.	Syftet med denna studie är att utveckla en samsyns-baserad modell över omvårdnads-åtgärder för kvinnor som lever med fibromyalgi, deras makar och sjuksköterskor som arbetar i en vårdcentral i Québec, Canada.	Tre åtskilda grupper valdes ut. Kvinnor diagnostiserade med FMS, deras makar och sjuksköterskor från en lokal vårdcentral. (n=21, 7 kvinnor med FMS, 4 makar, 4 sjuksköterskor, 2 läkare, 1 reumatologier, 1 fysioterapeut, 1 samhälls-organisatör och 1 sjuksköterske-chef) Ålder på kvinnorna med FMS: 36-65 år, hade haft symtom mellan 4-20 år och diagnostiserade för 1-10 år sedan.	Data samlades huvudsakligen ihop år 1999, genom djup-intervjuer och grupp möten med användning av en kvalitativ undersöknings design. Analysen syftar till rörelse mellan de globala och det specifika: syntes och tematisk analys. Analyserade uppgifter har lämnats till alla deltagare under hela datainsamlingen, vilket möjliggör delade texturer.	Resultaten utgör de allmänna enigheterna som härrör från gemensam konstruktion i alla tre grupperna. Den typen av intervention involverar två större delar, stödjande och undervisa tillsammans med den grundläggande betydelsen av tro på personen. Det visar också på vikten av personlig utveckling och stöd från både makar och professionellt support.
'A constant struggle': Successful strategies of women in work despite fibromyalgia, Monika Löfgren, Jan Ekholm och Ann Öhman, Disability and Rehabilitation , Sverige, 2006.	Syftet med denna studie är att undersöka och öka kunskapen av strategier som används av arbetande kvinnor med fibromyalgi, gällande kontroll av smärtan, fatigue och andra symptom.	Deltagarna (n=12, kvinnor) söktes fram bland tidigare patienter från Karolinska sjukhuset med diagnosen FMS som jobbade eller studerade 6-8 år efter rehabiliteringen. Deltagarna hade medverkat i ett multi-professionellt rehabiliterings-program som varat mellan 3 och 6 veckor. De hade även jobbat eller studerat de senaste 12 månaderna.	Dagböcker, fokusgrupper och individuella intervjuer användes för datainsamlingen. Dessa ljud inspelades och transkriberades ordagrant. Innehållsanalys och Grounded Theory användes vid analysen.	En modell med tre kategorier framkom. Kärnkategorin "ständig kamp" innehåller åtta underkategorier: njuta av livet, ta hand om sig själv, positivt tänkande, att sätta gränser, smärta som guide, kreativa lösningar, lärande/vara kunnig och "en balansgång". Kategorin "sorgeprocess" var en förutsättning för att hantera kampen och kategorin "socialt stöd" innehöll vad som underlättat kampen.

Titel, författare, tidskrift, land, årtal	Syfte	Urval	Metod	Resultat
Chronic pain and fatigue: Associations with religion and spirituality, Marilyn Baetz och Rudy Bowen, Pain Research & Management, Canada, 2008.	<p>Syftet med studien är att undersöka dessa två frågor:</p> <p>1 Är att vara religiös eller andlig associerad med kronisk smärta eller fatigue?</p> <p>2. Finns det religiösa eller andliga samband med eventuella skillnader i psykiskt välbefinnande eller coping-strategier för de individerna med kronisk smärta och trötthet?</p>	Canadian Community Health Survey (2002) erhåller uppgifter från 37,000 personer från 15 år och äldre.	Deltagarna svarade på olika databaserade frågor som sedan sammanfördes i tabeller. Från dessa data analyserades fyra villkor tillsammans med kronisk smärta och trötthet - FMS, ryggont, migrän och kronisk trötthet syndrom. Ytterligare uppgifter från undersökningen användes för att bestämma hur religion och andlighet påverkar det psykiska. Välbefinnande samt användning av olika copingmetoder.	Religiösa personer var mindre benägna att ha kronisk smärta och trötthet, medan de som var andliga var mer benägna att ha kronisk smärta. Individer med kronisk smärta och trötthet var mer benägna att använda bönen och se andligt stöd som coping metod än den allmänna befolkningen. Dessutom var de med kronisk smärta och trötthet både religiösa och andliga, mer benägna att ha bättre psykiskt välbefinnande och använda positiva copingstrategier.
Ten rural women living with fibromyalgia tell it like it is, Shirly A. Cudney, Michelle R. Butler, Clarann Weinert och Therese Sullivan, Holistic Nursing Practice, USA, 2002.	Syftet med studien är att skapa en förståelse av tio rurala kvinnors sätt att hantera sin fibromyalgi baserad på den teoretiska referensramen att anpassa sig till kronisk sjukdom och socialt support.	Uppgifterna samlades in från "Women to Women" en sjuksköterske-intervention som gav datorbaserat stöd till kvinnor med kronisk sjukdom och uppmuntrade dem att dela med sig av sina personliga erfarenheter av att leva med sjukdomen. Deltagarna (n=10, kvinnor) var alla diagnostiserade med FMS. Ålder: 38-55 år.	En innehållsanalys användes vid analysen av meddelandena. Texturen kodades och delades upp i kategorier i den deduktiva fasen. Kategoriseringen av innehållet gjordes under konstant jämförelse av analysen. Vid varje kodning jämfördes innehållet under den koden för att garantera konsekvens. Den induktiva fasen innehöll en sökning av teman relaterat till hanteringen av FMS. Under perioden av 22 veckor skickade de 10 kvinnorna totalt 428 meddelanden med ett medel på 43 meddelanden per kvinna.	Kvinnorna beskrev teman som smärta, trötthet, depression och sömnstörningar. De uttrycker åsikter om upplevelsen av att leva isolerad på landsbygden och tankar om hur de hanterar sjukdomen. Med denna förståelse kan professionella och närstående hjälpa och stödja kvinnorna i deras behov.

Titel, författare, tidskrift, land, årtal	Syfte	Urval	Metod	Resultat
Coping with fibromyalgia. A qualitative study, Lillemor R.-M. Hallberg och Sven G. Carlsson, Scandinavian Journal of Caring Sciences, Sverige, 2000.	Syftet med denna studie är att beskriva patienters perspektiv på fibromyalgi, deras upplevelser av att leva med kronisk smärta och hur de hanterar situationen.	Deltagarna (n=22, kvinnor) var mellan 22-60 år och var strategiskt utvalda från en heterogen grupp (enligt ålder, år i skolan, smärtans duration och antal barn). Alla kvinnor föll inom kriterierna för FMS. 10 kvinnor befann sig på sjukhus under studiens gång och 12 av patienterna låg inte på sjukhus, men stannade under dagen i 6-8 veckor.	Intervjuer hölls på sjukhuset 1- 1,5 timmar med varje patient, där kvinnorna fritt fick berätta om hur det är att leva med fibromyalgi. Intervjuerna transkriberades i följd och analyserades enligt Grounded Theory.	Det var uppenbart att kvinnorna var upptagna av smärtan, då den tar sig uttryck i olika dimensioner och att smärtan påverkade deras liv. Kvinnorna hade olika beskrivningar på hur smärtan upplevdes och alla patienterna hade olika copingstrategier för att hantera situationen.
Lived experience of chronic pain and fibromyalgia: women's stories from daily life, Målfrid Råheim, Wenche Håland, Qualitative health research, Norge, 2006.	Syftet med denna studie är att ge en detaljerad beskrivning utifrån upplevda erfarenheter kring hur det är att leva med en kropp som smärtnar.	Deltagarna rekryterades från tre källor. Deltagarna (n= 12, 1 allmänläkare, 1 sjukgymnast som driver privat klinik, 10 FMS-patienter). fick skriftlig information om den planerade studien. Informationen delades ut till potentiella deltagare. Omkring 80 kvinnor ville delta.	Studien är en fenomenologisk studie. Den genomfördes genom kvalitativa intervjuer så kallade "life form interview", som är mer fördjupande än vanliga intervjuer. Direkta frågor ställdes och fokus var på situationen här och nu (idag och igår) vilket sedan jämfördes med det förflutna.  De flesta deltagarna intervjuades en gång, men några intervjuades även två gånger.	Resultatet innehöll berättelser av 4 kvinnor. En glimt av den levda erfarenheten från det dagliga livet. Studien visade kunskap om kvinnors levda erfarenhet med kronisk smärta och FMS på olika nivåer. I presentationen gavs en detaljerad beskrivning och en extensiv bild av kvinnornas upplevelser och rytmer i det dagliga livet. Resultatet visade de viktiga dimensionerna av deras liv likaså viktiga skillnader av kvinnors levda erfarenhet av att en smärtsam kropp och övriga situationer som de ställs inför.

Titel, författare, tidskrift, land, årtal	Syfte	Urval	Metod	Resultat
Individuals descriptions of living With fibromyalgia, Margaret Mui Cunningham och Carol Jillings, Clinical Nursing Research, Canada, 2010.	Syftet med denna studie är att utforska individers beskrivning av ett liv med fibromyalgi och att få insikt i aspekter av sjukdomen och dess behandling, för att tillhandahålla några direktiv för framtida sjuksköterskor och forskning.	Teleologiskt teoretiska stickprov användes i den aktuella studien. Deltagarna (n= 8, 1 man, 7 kvinnor) medverkade frivilligt i studien. Deltagare rekryterades via nyckelpersoner, och genom personer som kände till studien från ett nyhetsbrev utskickat av fakulteten. Deltagarna var födda på 30-talet och 70-talet och hade levt med FMS mellan 18 månader och 13 år.	Data samlades in genom djupgående, individuella intervjuer. Intervjuerna hölls från 45 minuter till 2 timmar. En första intervju styrdes av semistrukturerade, öppna frågor för att underlätta för deltagarna att tala fritt. Uppföljande intervjuer gjordes för att förtydliga nya teman. Alla intervjuer bandinspelades och transkriberades med deltagarnas samtycke.	Resultatet visade patienter med FMS upplevelser av hur det är att leva med symtomen. Det redovisades två teman i studien: att leva med symtomen från FMS och den pågående processen för hantering av FMS. Den första av dessa teman utgjordes av deltagarnas beskrivningar av den betydande inverkan av symtom på familjära och sociala relationer, rekreation, arbete och glädje i livet. Det andra temat omfattade de utmaningar som att anpassa sig till och hantera FMS.
A comparative study of coping among women with fibromyalgia, neck/shoulder and back Pain, Mia Mellgård, Giorgio Grossi och Joaquim J.F Soares, International Journal of Behavioral Medicine, Sverige, 2001.	syftet med denna studie är att göra en ”cross-sectional studie” som är designad för att utreda skillnader av smärtparametrar och coping-strategier mot smärtan mellan fibromyalgi patienter, patienter som upplever smärta i nack/skuldror samt patienter med ryggsmärta.	Deltagarna (n= 228, kvinnor) var mellan 28 och 64 år med FMS, patienter som upplever smärta i nack/skuldror samt patienter med ryggsmärta deltog i studien. Patienterna rekryterades till studien när de sökte hjälp för smärta på primärvården och sjukgymnastklinik er i kontaktområden i sydvästra Stockholm.	Ett frågeformulär över social bakgrund användes för att samla in ålder, utbildning, etisk bakgrund och status. Hur durationen i sjukdomen hade varit under det senaste 12 månaderna. Det användes även ett frågeformulär för smärta och ett för coping strategier.	Resultatet visade att FMS patienter rapporterade ha en starkare smärt intensitet, högre konsumtion av analgetika och högre funktionshinder än de andra patientgrupperna. Patienter med FMS kände sig mer rörelsehindrade och upplevde en svårare smärta än patienter med andra kroniska symtom. Patienterna använde sig av den copingstrategi som de själva ansåg fungera bäst mot den kroniska smärtan.

Titel, författare, tidskrift, land, årtal	Syfte	Urval	Metod	Resultat
An evaluation of the impact of fibromyalgia Self-management program on patient morbidity and coping, Jean Hunt och Jan Bogg, Advances in physiotherapy , England, 2000.	Syftet med denna studie är att: 1. designa ett egenvårdsprogram för fibromyalgipatienter baserat på de aktuella rön i litteraturen. 2. utvärdera en effekt av programmet för att få fram om skillnader i patienters attityd till deras tillstånd och beteende. 3. Identifiera om deltagande i egenvårdsprogram har någon effekt på patienters uppfattningar av sina symtom.	Deltagarna (n=50, 8 män, 42 kvinnor) var FMS patienter som skickats till sjukgymnast för bedömning och behandlades på en reumatologisk klinik avdelning. De delades planlöst in i två grupper. Grupp A (3 män, 22 kvinnor) och grupp B (5 män, 20 kvinnor), kontrollgruppen. 10 personer från grupp A valdes slumpmässigt ut och återkallades 6 veckor efter att de slutfört egenvårdsprogrammet.	Personer från reumatologiska kliniken som hade diagnosen FMS deltog i ett 5 veckors egenvårdsprogram. 6 veckor efter att programmet fullföljdes så fick 10 patienter vara med på en uppföljning med semistrukturerade intervjuer som avslöjade deras tillstånd och hur de hanterade dem. Resultatet jämfördes med kontrollgruppen som genomgick 5 veckor utan behandling.	Resultatet visade att de 10 hade levt med sina symtom utan att få en diagnos under en längre tid. FMS patienter som tog stöd av ett egenvårdsprogram visade sig ha mindre smärta och lärde sig att leva med den. De visade sig även ha en bättre tolerans och attityd gentemot smärtan. Resultatet indikerar att egenvård är ett effektivt sätt att behandla FMS.

Titel, författare, tidskrift, land, årtal	Syfte	Urval	Metod	Resultat
Coping strategies and life satisfaction in subgrouped fibromyalgia patients, Ragnhild Raak, Ingrid Hurtig och Lis Karin Wahren, Biological Research For Nursing, Sverige, 2003.	<p>Syftet med denna studie är att:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utredda om undergrupper baserad på konstant smärt känslighet skiljer sig i användandet av smärt-coping strategier, stress- coping stilar och uppfattning av livs tillfredsställelse</li> <li>2. Om dessa undergrupper skiljer sig i användning av stress-coping stilar och uppfattning av livs tillfredsställelse i jämförelse med friska smärtfria personer.</li> </ol>	<p>Deltagarna (n=53, kvinnor) varav 32 hade diagnosen FMS och var mellan åldrarna 30-68 år. Alla patienterna var från smärt- och rehabiliterings center på Linköpings universitetssjukhus och hade kriterierna för FMS enligt "American College of Rheumatology (ACR). Referensgruppen bestod av 21 friska kvinnor mellan åldern 21-61 med en medelålder på 39 år som. Kvinnorna var antingen studenter eller personal på universitet sjukhuset eller hittades via lokal annonsering. Ingen fick ha smärta den senaste tre månaderna eller en smärta som går att bota.</p>	<p>"Coping Strategies" (CSQ), användes för att ta reda på patienternas copingstrategier. En referensgrupp med volontärer användes. Det gjordes ett känslighet test med kyla och värme. "the jalowiec coping scale" (JCS) användes för att ta reda på hur patienterna kunde hantera en stressfull situation i dagliga livet.</p>	<p>Resultatet beskriver smärt, stress och coping strategier samt livstillfredsställelse hos FMS patienter. Patienters påverkan av värme och kyla. Det var ingen signifikant skillnad i användandet av stress-copingstrategier mellan hela gruppen som led av fibromyalgi och gruppen som var friska volontärer. Resultatet visar även att en del FMS patienter trotsar smärtan genom att leva som de gjorde innan de fick diagnosen FMS. Andra klarar av att hantera dagen genom att tänka positiva tankar och på så vis intala sig själv att det inte gör ont.</p>